



Universidade Nova de Lisboa
Escola Nacional de Saúde Pública

***Healthy Immigrant Effect* em Portugal: Estudo sobre os
imigrantes extra UE presentes no Inquérito Nacional de Saúde
2014**

Mestrado em Saúde Pública

Ana Marta Feliciano Moniz

Março, 2018



Universidade Nova de Lisboa
Escola Nacional de Saúde Pública

***Healthy Immigrant Effect* em Portugal: Estudo sobre os
imigrantes extra UE presentes no Inquérito Nacional de Saúde
2014**

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos à obtenção do grau de
Mestre em Saúde Pública, realizada sob a orientação científica do Professor
Alexandre Abrantes e da Professora Carla Nunes

Março, 2018

*“Quanto mais aumenta nosso conhecimento, mais evidente fica nossa
ignorância.”*

John F. Kennedy

Agradecimentos

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer ao Professora Alexandre Abrantes por ter aceite prontamente orientar a minha dissertação e por toda a disponibilidade e ensinamentos durante todo o período de trabalho.

Agradeço também à Professora Carla Nunes pela orientação estatística e por toda a paciência que teve para esclarecer as minhas dúvidas constates e por me ajudar a esquecer o nervosismo e insegurança.

Quero também agradecer à minha família, principalmente à minha mãe, Ana, ao meu pai, Manuel, e aos meus avós, pois sem o seu apoio incondicional, nunca teria conseguido chegar ao fim deste trabalho.

A todos os meus bons amigos, por entenderem as minhas ausências constantes e por fazerem de tudo para que nunca desista daquilo a que me proponho. Um agradecimento especial à Teresa e à Laura pelos conselhos e motivação. Sem vocês tudo seria muito mais pesado.

E finalmente, mas não menos importantes, às minhas colegas de curso, especialmente à Joana, Rita, Patrícia e Simone pelo constante apoio, companheirismo e amizade. O meu percurso ficará para sempre marcado por vocês.

A todos, o meu muito obrigado.

A migração é um dos principais desafios mundiais da Saúde Pública e Portugal não é exceção. Com o aumento considerável, em Portugal, da população imigrante asiática nos últimos anos, afigura-se importante perceber o seu estado de saúde, bem como a evolução do mesmo com o decorrer dos anos de permanência no país e a mudança de comportamentos associados ao mesmo. Existe na literatura uma teoria com o nome “*healthy immigrant effect*”, a qual consiste na premissa de que um imigrante é mais saudável aquando da sua chegada ao país de acolhimento do que a população natural do mesmo, sendo que, com o decorrer do tempo, a sua saúde tende a piorar, convergindo a mesma até ao nível de saúde da população natural desse mesmo país. Com o objetivo de melhorar a promoção da saúde e a gestão da saúde da comunidade imigrante no país, este trabalho consiste no estudo deste fenómeno na população imigrante extra EU a partir do Inquérito Nacional de Saúde 2014. Foram utilizadas variáveis demográficas e de caracterização do estado de saúde (autoapreciação, doenças crónicas, utilização de serviços de saúde e comportamentos de risco) para caracterizar as populações imigrante e portuguesa, comparando-as em cada variável. Foi também verificado se o estado de saúde da população imigrante piora com o tempo, utilizando um *cut off* de 5, 10 e 20 anos. Conclui-se que existe uma tendência para a deterioração do estado de saúde com o tempo, no entanto é necessária mais informação para se afirmar que este fenómeno ocorre efetivamente com imigrantes em Portugal.

Palavras-chave:

Saúde Pública, imigração, imigrantes extra UE, *healthy immigrant effect*

Migration is one of the world main challenges of Public Health and Portugal is no exception. Recently, there has been a considerable increase, in Portugal, in the number of Asian immigrant population and it is important to realize their health status, as well as its evolution throughout the years of stay in the country and the influence of the native culture in their behaviors. In literature we can find a theory called "*healthy immigrant effect*", which consists in the premise that an immigrant is healthier upon arrival in the host country than the native population of that country, however it tends to worsen, converging to the levels of that country's native population. Aiming to improve the health promotion and health management of the immigrant community in the country, this study consists in the study of this phenomenon in the extra EU immigrant population from the National Health Survey 2014. Demographic and health status characterization (self-evaluation, chronic diseases, use of health services and risk behaviors) variables were used to characterize the immigrant and the Portuguese populations, comparing them in each variable. It was also verified whether the health status of the immigrant population worsens over time, using a cut off of 5, 10 and 20 years. It was concluded that there is a tendency for deterioration of health status over time, however more information is needed to affirm that this phenomenon occurs effectively with immigrants in Portugal.

Key words:

Public Health, immigration, extra EU immigrants, healthy immigrant effect

Agradecimentos	i
Resumo.....	iii
Abstract.....	v
Lista de gráficos e tabelas.....	ix
Glossário.....	xii
Objetivos	1
1. Enquadramento e Introdução	3
1.1 Tendências da Migração.....	3
1.1.1 Mundo	3
1.1.2 Europa.....	7
1.1.3 Portugal.....	9
1.2 Caracterização sociodemográfica da imigração em Lisboa.....	19
1.3 Imigrantes e questões sociais em Portugal	23
1.4 O fenómeno da imigração na saúde pública	25
2. Healthy immigrant effect (HIE).....	28
2.1 Direitos dos imigrantes.....	34
3. Metodologia.....	37
4. Resultados	43
5. Discussão.....	75
6. Conclusão	81
7. Referências Bibliográficas	83
ANEXOS	

Lista de gráficos e tabelas

Gráfico 1 – Saldos populacionais anuais (total, natural e migratório) em Portugal, entre os anos 2010 e 2016, em milhares de indivíduos. Adaptado de https://www.pordata.pt/Municipios/Saldos+populacionais+anuais+total++natural+e+migratório-376	12
Gráfico 2 – Evolução do número de imigrantes permanentes que entraram, anualmente, em Portugal, durante os anos de 2010 e 2016. Adaptado de https://www.pordata.pt/Portugal/Imigrantes+permanentes+total+e+por+naturalidade-3256	12
Gráfico 3 – Número de imigrantes permanentes, agrupados por país, em Portugal, entre os anos 2010 e 2016. Adaptado de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0006058&contexto=bd&selTab=tab2&xlang=pt	13
Gráfico 5 – Número de imigrantes permanentes de nacionalidade estrangeira, em Portugal, por grupo etário, entre os anos 2010 e 2016. Adaptado de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0006058&contexto=bd&selTab=tab2&xlang=pt	18
Gráfico 6 – Número de imigrantes estrangeiros permanentes, por sexo, em Portugal, entre 2010-2016. Adaptado de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0006058&contexto=bd&selTab=tab2&xlang=pt	18
Gráfico 7 – Taxas de crescimento populacional, em percentagem, por local de residência (NUTS-2013), em Portugal, no ano de 2016. Adaptado de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008262&contexto=bd&selTab=tab2	19
Gráfico 8 – Saldo migratório por região, em milhares de indivíduos, em Portugal (2016). Adaptado de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008262&contexto=bd&selTab=tab2	20
Gráfico 9 – Percentagem de população estrangeira residente no concelho de Lisboa, por continente de origem. Estão excluídos apátridas e indivíduos de nacionalidade desconhecida (6 indivíduos no total). Retirado de https://sefstat.sef.pt/Lisboa.aspx - consultado a 23.01.2018.	21

Tabela 1 – População estrangeira (extra EU) residente em Portugal (stock e fluxo) com um stock superior a 1000 indivíduos, por nacionalidade e ordem decrescente de grandeza. Retirado do <i>Relatório de Imigração fronteiras e Asilo 2016</i>	14
Tabela 2 – Nados-vivos segundo a nacionalidade dos pais, em Portugal, entre os anos de 2011 e 2016. Retirado de <i>Estatísticas Demográficas 2016</i>	17
Tabela 3 – População estrangeira, natural de países extra UE, residente no concelho de Lisboa, por nacionalidade e com um número de indivíduos superior a 1000. Retirado de https://sefstat.sef.pt/Lisboa.aspx - consultado a 23.01.2018.....	20
Tabela 5 - Frequências (%) das características demográficas da população de naturalidade portuguesa e estrangeira de um país extra UE, em Portugal Continental, do INS2014.	43
Tabela 6 - Frequências (%) das características demográficas da população de naturalidade portuguesa e estrangeira de um país extra UE, na região de Lisboa e Vale do Tejo, do INS2014.....	47
Tabela 7 - Frequências (%) das características de saúde da população de naturalidade portuguesa e estrangeira de um país extra UE, na região de Lisboa e Vale do Tejo, do INS2014.	56
Tabela 8 - Odds ratio brutos para um pior “Estado de saúde” em relação a variáveis demográficas, para portugueses e imigrantes extra EU.	59
Tabela 9 - Odds ratio brutos para um pior “Estado de saúde” em relação a variáveis demográficas, para portugueses e imigrantes extra EU.	61
Tabela 10 - Frequências (%) das características demográficas da população de naturalidade portuguesa e estrangeira de um país extra UE, na região de Lisboa e Vale do Tejo, do INS2014.....	64
Tabela 11 - Frequências (%) das características de saúde da população de naturalidade portuguesa e estrangeira de um país extra UE, na região de Lisboa e Vale do Tejo, do INS2014.	69
Tabela 12 - Teste de independência das variáveis de saúde, para um tempo de residência dos imigrantes extra EU em Portugal de 10 e 20 anos.....	71
Tabela 13 - Odds ratio brutos e ajustados para um pior “Estado de saúde” em relação à naturalidade e ao tempo de residência, com as variáveis da naturalidade portuguesa (PT) e imigrante extra EU a residir em Portugal há 10 ou mais anos (IMIG≥10).	71

Tabela 14 - Odds ratio brutos e ajustados para um pior “Estado de saúde” em relação à naturalidade e ao tempo de residência, com as variáveis da naturalidade portuguesa (PT) e imigrante extra EU a residir em Portugal há 20 ou mais anos (IMIG≥20)..... 72

AML – Área Metropolitana de Lisboa

CPLP – Comunidade dos Países de Língua Portuguesa

Emigração – o ato de sair de um país com o objetivo de se fixar noutro.

Imigração – processo através do qual pessoas não-nacionais se mudam para um país com a intenção de se fixar.

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OIM – Organização Internacional para as Migrações

OM – Observatório das Migrações

OMS – Organização Mundial de Saúde

Migração – movimento de uma pessoa ou de um grupo de pessoas, através de uma fronteira internacional ou dentro de um país. É um movimento da população que envolve qualquer tipo de movimento de pessoas, independentemente da sua duração, estrutura e causas; inclui a migração de refugiados, pessoas deslocadas, migrantes económicos e pessoas que se deslocam por outros motivos, incluindo reunificação familiar.

Migração irregular – deslocação que decorre fora das normas regulatórias de envio, trânsito e acolhimento dos países. Não existe nenhuma definição universalmente aceite para migração irregular. Pela perspetiva dos países de destino é a entrada, estadia ou trabalho no país sem a autorização e/ou os documentos necessários dentro da regulação da imigração.

Migração líquida positiva/negativa – Positiva quando, num determinado país, a taxa de imigração é superior à de emigração; negativa quando a taxa de emigração é superior à taxa de imigração.

Migrante – qualquer pessoa que se está a atravessar ou que atravessou uma fronteira internacional ou dentro de um país, longe do seu local de residência, independentemente do estatuto legal da do indivíduo; se a deslocação é voluntária ou involuntária; das causas da deslocação; ou qual o tempo de permanência.

Naturalização – Concessão pelo Estado, da sua nacionalidade a uma pessoa estrangeira, através de um ato formal. O direito internacional não fornece regras detalhadas para a naturalização, mas reconhece a competência de cada Estado para naturalizar aqueles que não são seus nacionais e que se candidatam a tal.

Rácio de dependência da terceira idade – O índice de dependência da terceira idade, comumente usado para avaliar o componente demográfico das potenciais mudanças nos custos de apoio social e econômico para pessoas idosas. É calculado dividindo o tamanho da população com idade igual ou superior a 65 anos, pela proporção de pessoas em idade ativa, entre os 15 e os 64 anos de idade.

Remessas – Transferências monetárias dos migrantes para os seus países de origem. Inclui transferências correntes de migrantes empregados em países estrangeiros e que são considerados como residentes nesses países. Indivíduos que trabalham e permanecem em países estrangeiros por um período inferior a um ano, não são considerados residentes.

País de acolhimento – País de destino. No caso de retorno ou repatriamento, também o país de origem. País que aceita receber migrantes.

País de origem – País que é fonte de fluxos migratórios (regulares ou irregulares).

UE – União Europeia

Objetivos

O principal objetivo da presente tese é caracterizar o estado de saúde da população imigrante extra EU e comparar o seu estado de saúde com o da população portuguesa. Desta forma, pretende-se estudar se o estado de saúde dos imigrantes tem, efetivamente, características semelhantes ao da população portuguesa, nomeadamente na autoapreciação do estado de saúde, na presença de doenças crónicas, na utilização dos serviços de saúde e nos comportamentos de risco.

De uma forma mais específica, os três objetivos que a presente tese pretende alcançar são:

- 1º.** Caracterizar a população imigrante proveniente de países fora da EU, em 2014, em Portugal Continental;
- 2º.** Descrever a população imigrante proveniente de países fora da EU, em 2014, na região de Lisboa e Vale do Tejo, considerando a dimensão sociodemográfica, estado de saúde e utilização de serviços de saúde e compara-las com as da população portuguesa
- 3º.** Comparar se as características da população imigrante proveniente de países fora da EU, em 2014, na região de Lisboa e Vale do Tejo, se se aproximam das características da população portuguesa com o aumento dos anos de residência dos imigrantes no país

1. Enquadramento e Introdução

1.1 Tendências da Migração

1.1.1 Mundo

Num mundo cada vez mais interligado, a imigração internacional é uma realidade cada vez mais presente e que acontece a um ritmo cada vez mais rápido. Proporcionando isso, temos os meios de transporte, os quais são cada vez mais modernos e evoluídos, fazendo com que as pessoas se consigam deslocar pelo globo de forma mais fácil e relativamente mais barata do que acontecia há uns anos atrás. A par disto, a recente conjuntura mundial também faz com que muitas pessoas procurem uma vida melhor noutro país que não o seu, como é o caso dos recentes conflitos que por sua vez originam a retrocesso civilizacional, perda de desenvolvimento económico, causando pobreza, instabilidade, medo e, no geral, poucas condições de vida. A crise económica que se vive um pouco por todo o mundo, mas que em alguns países se sente de uma forma mais vincada, produz também um clima de instabilidade económica nos indivíduos, principalmente na falta de condições trabalhos, originando falta de condições para assegurar estabilidade e segurança à sua família em áreas essenciais como a educação, a habitação digna e o acesso a cuidados de saúde. Em suma, a imigração, seja por fuga a um conflito existente (ou iminente) ou por crise económica, é sempre com o objetivo de encontrar melhores condições de vida no país para o qual se imigra.

Num passado não muito distante, a população mundial aumentou devido a fenómenos de crescimento natural, ou seja, da diferença entre indivíduos que nascem e morrem num determinado período de tempo. No entanto, as dinâmicas dos dois grupos de países (desenvolvidos e em desenvolvimento) são, como é expectável, diferentes, seguindo tendências também distintas. No espaço temporal entre 1950 e 2015, os países desenvolvidos viram a sua população aumentar devido aos fenómenos de imigração. Cerca de 3.2 milhões de migrantes entraram nestes países entre 2000 e 2010, um aumento significativo face aos 0.3 milhões por ano entre 1950 e 1970. Entre 2010 e 2015 os números da imigração desceram para 2.3 milhões por ano.

Em 2015, 104 milhões (43%) do total de migrantes internacionais foram provenientes do continente Asiático, sendo que o quarto maior trajeto de migração foi Ásia-Europa, com 20 milhões de migrantes asiáticos a residirem na Europa.

No entanto, com o passar dos anos, essa matriz vai sendo diferente consoante o nível de desenvolvimento dos países, o que faz com que o crescimento populacional não seja igual em todos (chegando mesmo a diminuir em alguns), variando também os motivos e ritmos do mesmo. Desta forma, nos países desenvolvidos e no final dos anos 90, foi a migração que alterou a matriz de crescimento da população. Isto é, tornou-se no principal motivo desse fenómeno e assim se manteve até 2010, sendo expectável que se torne no único motivo de crescimento populacional nestes países de 2020 a 2030. Contudo, estima-se um crescimento negativo da população entre 2040 e 2050, uma vez que a taxa positiva de migração vai deixar de compensar a elevada taxa de mortalidade destes países.

A situação nos países em desenvolvimento apresenta diferenças significativas. Entre 1950 e 2015 houve um decréscimo na população devido à emigração nesses países. Até 2010, a sua matriz de crescimento populacional manteve-se (crescimento natural), mas a um ritmo mais baixo do que nas décadas anteriores, estimando-se uma diminuição desse crescimento até 2030, causado essencialmente pelo decréscimo da taxa de natalidade desses países. O crescimento populacional destes países irá continuar na década de 2040 a 2050, através de uma taxa de natalidade superior à taxa de mortalidade. Contudo, o mesmo ocorrerá a ritmos cada vez menores, continuando a emigração a não ter um efeito significativo.

Entre 2000 e 2010, entre as 932 regiões que compreendem a população mundial, 95 viram a sua aumentar através da taxa de imigração, enquanto 134 perderam indivíduos pela emigração. Números que se modificaram para 89 e 137, respetivamente, nos 5 anos seguintes.

Em 2015, existiam no Mundo 1 bilião de migrantes, ou seja, 1 em cada 7 pessoas no mundo é migrante.¹ Desse total, 244 milhões eram imigrantes internacionais. O número de refugiados chegou aos 21 milhões, o mais elevado desde a Segunda Guerra Mundial, afirmando os especialistas que é expectável que este número aumente devido às mudanças climáticas (secas e subida das águas). Alguns chegam a afirmar que contribuiu para a guerra civil na Síria, a qual iniciou a fuga para a Europa.² O aumento desta população tem sido mais rápida do que o da população mundial, atingindo, no mesmo ano, 3.3% da mesma (2.8% em 2000 e 3.2% em 2013).³ Entre 1990 e 2015 o número de imigrantes aumentou 60%, ou seja, houve um crescimento de 91 milhões de pessoas a imigrarem nesse espaço temporal, sendo que a maioria ocorreu entre 2000 e 2010 (4.9 milhões de imigrantes a mais por ano).

Apesar do constante aumento da população imigrante, a taxa de crescimento anual da mesma diminuiu nos últimos anos, passando de 3% entre 2005 e 2010 para 1.9% nos cinco anos seguintes.⁴

Mais de metade dos migrantes internacionais estão concentrados em 10 países do Mundo, sendo o principal os EUA com 46.6 milhões de indivíduos estrangeiros a residirem neste país. No lado oposto, com o maior número de cidadãos a viverem noutros países, encontramos a Índia, com 15.6 milhões.¹

A tendência da rede de migração para países da OCDE é crescente desde 1960, no entanto, devido a ciclos empresariais e eventos geopolíticos, tem sofrido algumas alterações ao longo do tempo.⁵ Tendo em conta que os países de alto rendimento da OCDE são os que acolhem a maioria dos imigrantes, em 2015 verificou-se que 157 milhões de migrantes (65%) tinham nascido em países de rendimento médio, 17% em países de rendimento alto e 10% em países de baixo rendimento. Entre os anos 2000 e 2015 o número de migrantes nascidos em países de médio rendimento aumentou mais rapidamente do que em qualquer outro grupo de países, possivelmente devido à crise económica mundial que nestes países se fez sentir de uma forma mais acentuada.

Relativamente à idade dos migrantes, existem várias perspetivas para a mesma situação. Segundo o Relatório para a Migração Internacional de 2015 das Nações Unidas, a média de idades dos imigrantes internacionais em 2015 era de 39 anos, contudo, em certas áreas importantes a tendência é para serem cada vez mais novos, sendo que 15% (37 milhões) tem menos de 20 anos.^{1,4} No entanto, a situação altera-se se analisarmos pelo nível económico do país, tendo uma relação diretamente proporcional. Desta forma, a média de idades dos migrantes nos países de alto rendimento da OCDE, grupo no qual Portugal está incluído, é de 42 anos, nos países de rendimento médio é de 36 anos e nos de baixo rendimento é de 25 anos. Conclui-se então que quanto menor o rendimento, menor a média de idades do país. De realçar adicionalmente que, no geral, a média de idade dos migrantes que chegam a um país é inferior à dos que já lá se encontram.⁶ Existe também uma diferença entre áreas geográficas, ou seja, os migrantes no Norte tendem a ser mais velhos (43 anos) comparativamente com os do Sul (33 anos).¹

Na sua maioria, a população migrante está em idade ativa. No ano de 2015, 72% dos migrantes internacionais tinham a sua idade compreendida entre os 20 e os 64 anos, relativamente a 58% na população mundial. Isto é, em proporção, a percentagem de migrantes em idade ativa é superior à da população mundial. A tendência para a pouca representatividade da população imigrante com menos de 20 anos (15% para 30% na

população mundial), pode estar relacionada com o facto de as crianças que nascem no país de destino adquirirem a nacionalidade daquele país, o que as torna nacionais.¹

Estima-se que, num futuro não muito distante, a migração irá ter um impacto no tamanho da população em certas regiões. Por exemplo, se considerarmos um cenário onde não exista migração, o decréscimo da população irá começar mais cedo e será ainda mais acentuado, uma vez que com as tendências atuais da migração esta não irá ser capaz de superar o declínio provocado pela taxa de mortalidade. Posto isto, a migração poderá contribuir para reduzir o envelhecimento da população, uma vez que, tendencialmente, os migrantes internacionais são, em proporção, em número superior comparativamente a população mundial. Em 2015, por cada 100 indivíduos em idade ativa existiam 27 pessoas idosas, projetando-se que este número aumente em 71%, em 2050. Num cenário de zero migração este aumento seria de 87%.

A projeção da população para 2050, baseada num cenário de zero migração, permite perceber o impacto da mesma entre 2015 e 2050, variando para os diferentes países. Nos países desenvolvidos, o tamanho da população será 8% menor do que se a tendência atual de migração continuar. Em contraste, a população nos países em desenvolvimento seria 1% maior em 2050 do que é projetado com as tendências atuais de migração, estimativa que vai de encontro ao facto destes países terem uma taxa de emigração superior à de imigração.¹

É relativamente complexo o processo de determinar quantos destes migrantes internacionais estão em situação irregular, tendo em conta a sua natureza clandestina, a falta de dados, o difícil consenso para definir o termo “irregular” e as suas características altamente dinâmicas. Por exemplo, um migrante pode estar numa situação irregular pelo facto de ter entrado no país de forma clandestina ou pode ter entrado no país de forma legal e ter-se tornado irregular pela caducidade do seu visto. A última estimativa global (2010) aponta para um total de 50 milhões de migrantes irregulares no mundo, dos quais a maioria depende do contrabando.¹

Em termos económicos, a Organização Internacional para as Migrações estima que, em 2015, cerca de 519 mil milhões de euros (USD 581 biliões) foram enviados pelos migrantes internacionais para as suas famílias, no seu país de origem, dos quais 75% foram enviados para países de baixa e média renda. Segundo do Banco Mundial, o país que mais ganhou com as remessas enviadas pelos seus emigrantes foi a Índia. Apesar do valor não corresponder às projeções iniciais, estas remessas de dinheiro enviado constituem parte importante do PIB destes países, perfazendo um total três vezes

superior ao valor total das ajudas externas recebidas no mesmo período de tempo, por esses países.^{1,7}

1.1.2 Europa

O mar Mediterrâneo, desde a Idade do Ferro e dos grandes impérios da antiguidade, foi considerada uma das primeiras rotas de contacto entre populações, especialmente relevante na rota de migrantes da África/Médio Oriente para a Europa, tendo portanto o continente uma história antiga como destino popular de fluxos de migração.⁸

Os novos meios de transporte facilitaram os movimentos em massa por longas distâncias, como a ida dos Irlandeses e dos Alemães para os EUA no século XIX e, mais tarde, a dos Italianos. Estas deslocações tiveram dois motivos, religiosos e políticos, com mais ênfase nos motivos políticos. Alemães e Italianos imigraram por motivos políticos, enquanto os russos fugiram devido a reformas religiosas para países da Europa Ocidental. Entre o século XVIII e a primeira metade do século XX, a Europa foi um continente de emigração, existindo obviamente migrações entre países europeus. No entanto, relativamente ao resto do mundo, a realidade seria de mais europeus a saírem da Europa do que não-europeus a entrarem. Existiram movimentos populacionais em massa, da Europa para o continente Americano, entre o século XVIII e o século XIX. Estes movimentos populacionais em massa refletiram grandes tragédias ou situações extremamente difíceis nos países de origem. Apesar de nos dias de hoje a migração ser uma questão global, a Europa, como continente, assistiu aos eventos mais violentos de migrações forçadas e de refugiados na história, que podem ser descritos como “limpeza” étnica, resultantes das duas Grandes Guerras. Esta situação fez com que, nessa altura, e a par de alguns imigrantes japoneses, a esmagadora maioria dos imigrantes no continente americano fossem os europeus.⁸⁻¹⁰

O imperialismo é uma tendência Europeia e são também por isso dela, as suas consequências. Durante esta fase as relações entre as colónias na África e os países colonizadores na Europa foram crescendo, esta situação tornou-se notória com a descolonização pós-guerra, uma vez que os migrantes foram atraídos pelas metrópoles.⁸

Fazer uma distinção entre migrantes políticos (que fogem da perseguição) e migrantes económicos (que fogem da pobreza) é um processo complexo, mas importante, uma vez que as leis internacionais abordam os dois tipos de migrantes de forma distinta. A

concessão do estatuto de refugiado ou de imigrante é decidida caso a caso, o que faz com que muitos indivíduos escolham viver ilegais nos países do que pedir asilo, tendo em conta a incerteza de todo o processo e a possibilidade de deportação para os seus países de origem. Os que conseguem ficar na Europa, geralmente aceitam trabalhos pouco especializados, pouco desejados pela população local, quer seja pela baixa remuneração ou pela sua perigosidade. Ambas as situações contribuem para a fragilidade da saúde destes indivíduos.⁸

A Guerra Fria marcou uma nova divisão geográfica e migratória, sendo que 1990 é o marco mais recente na história da migração europeia, uma vez que existiu uma redefinição de fronteiras e foi lançada a política comum da UE relativamente ao asilo e ao controlo de fronteiras.¹¹

A imigração, na Europa, tem sido um fator importante para o crescimento da população. A partir da década de 90, a taxa de mortalidade tem sido superior à de natalidade, devido ao envelhecimento da população, tendo a migração mudado esta tendência, que se projeta manter até 2020, sendo então a partir desse momento que se estima que a população da Europa diminua, uma vez que a migração já não vai ser capaz de mudar a tendência do envelhecimento da população. Observando a origem dos 27 milhões de migrantes que a Europa ganhou entre 1990 e 2015, a maior percentagem de imigrantes não-europeus é 25% e corresponde a indivíduos do continente asiático.

A migração para os países desenvolvidos diminuiu recentemente, não só, mas também, pela redução da emigração na Europa, que teve um decréscimo de mais de metade (1.7 milhões para 0.8 milhões). No período entre 2000-2015 a população da Europa teria diminuído se não existisse emigração. No entanto, foi também neste continente que se registou o maior número de países que passaram de tendências imigratórias para emigratórias, especialmente os países do sul, incluindo Portugal.¹⁰

Atualmente a Europa tem sido alvo de várias oportunidades migratórias aliadas a pressões de envelhecimento da sociedade e controlo de fronteiras.¹² Estima-se que, no ano de 2015, existiam na Europa 2.7 milhões de imigrantes de países não-membros. No início de 2016, a média de idades dos imigrantes que entraram nos países membros era de 28 anos, contrariamente à média de idades da população desses países que é de cerca de 43 anos, o que representa um grande influxo de população em idade ativa. No entanto, entre 2000 e 2015, a média de idades dos imigrantes aumentou.⁴

O aumento do fluxo de migração para a Europa deve-se, especialmente, à vaga de migrantes que atravessam a rota do Mediterrâneo Oriental, da Turquia para a UE. Esta passagem tornou-se, de forma clara, a principal via de entrada para migrantes, em oposição à principal rota em 2014, rota do Mediterrâneo Central (Norte de África para Itália e Malta). No entanto, é de referir que a maior percentagem de migrantes irregulares na Europa é devido à caducidade de vistos de estadia, ou seja, entraram na Europa de forma legal.^{1,13}

Tendo em conta a relação entre a variação dos fluxos migratórios e a idade da população, esta permite contrariar a tendência de envelhecimento, também verificado no continente europeu. Isto é, se se assumir um cenário onde não exista migração, em 2050, iriam existir 51 indivíduos com mais de 65 anos por cada 100 pessoas em idade ativa, comparativamente ao rácio 48/100, mantendo as tendências migratórias atuais.

Apesar de todos estes dados, a Europa parece ser a única região que não segue a tendência a favor da migração, como acontece no resto do mundo. Isto é, segundo um relatório da OIM sobre a perceção pública da migração e, ao contrário do que é muitas vezes descrito nos media, existe globalmente uma maior probabilidade das pessoas serem a favor da migração do que contra.¹⁴ No entanto, e segundo este relatório, os residentes europeus, no geral, foram os mais negativos relativamente à imigração, tendo, mais de metade dos indivíduos inquiridos, afirmado que os níveis desta deviam diminuir. Os países mais favoráveis aos processos de migração foram os do Sul da Europa.¹

1.1.3 Portugal

Portugal, como um dos estados-nação mais antigos da Europa e, tradicionalmente, um país profundamente marcado pela emigração, nos últimos trinta anos, à semelhança do que aconteceu noutros países da Europa do Sul, registou um assinalável aumento da imigração e, por essa via, tem vindo também a transformar-se num país multiétnico e multicultural.¹⁵

A integração de Portugal no sistema migratório europeu, iniciou-se timidamente nos anos cinquenta do século passado, no rescaldo da Segunda Guerra Mundial, ao mesmo tempo que se encerrava o longo ciclo de emigração transatlântica, em que o Brasil foi o principal destino. A mudança de rumo da emigração portuguesa ocorreu em simultâneo com um vasto conjunto de transformações económicas e sociais que prenunciaram o fim do Império colonial e a progressiva aproximação à Europa, com a adesão à EFTA.

A emigração foi particularmente intensa entre 1960 e 1974, principalmente com rumo à Europa, o que causou uma diminuição significativa da população. Relativamente à imigração, o baixo desenvolvimento económico resultante do isolamento causado pela ditadura do Estado Novo, não tornavam o país atrativo para os estrangeiros, pelo que o número de residentes não nacionais era muito baixo e distinto comparativamente à realidade atual.¹⁶ Por outro lado, o desenvolvimento industrial e o crescimento urbano, num contexto de guerra colonial e de forte emigração laboral das áreas rurais para os países desenvolvidos da Europa Ocidental, sobretudo para a França e Alemanha, criaram oportunidades de emprego, na construção civil e nos serviços desqualificados, para a primeira vaga de imigrantes cabo-verdianos. O processo de descolonização, na sequência da Revolução de 25 de Abril de 1974, originou a vinda de milhares de africanos para Portugal, marcada pela rapidez e insegurança política. O aumento do número de estrangeiros em Portugal também se deveu à alteração estatutária, introduzida pela revogação do Decreto-Lei n.º 308-A/75¹⁷, que retirou a nacionalidade portuguesa aos naturais das ex-colónias africanas, com exceção dos originários de Goa, Damão e Diu, dos que tinham ascendentes portugueses e ainda dos antigos funcionários da administração colonial, antigos combatentes no Exército Português e outras pessoas que tinham uma relação particular com as instituições portuguesas.¹⁵ A emigração declina e a imigração, até então muito limitada, inicia uma fase de crescimento muito significativo, sobretudo à custa da vinda dos «retornados» das ex-colónias africanas. Ao longo dos anos oitenta, sobretudo a partir da entrada de Portugal na Comunidade Europeia, a imigração intensificou-se, alargando-se a outros países africanos de língua portuguesa. A transição do século XX para o século XXI marca uma nova etapa da imigração para Portugal, assistindo-se a um alargamento e aumento da complexidade da população estrangeira residente no país. Esta situação é demonstrada pelo número de imigrantes oriundos de países com os quais Portugal nunca teve relações comerciais ou ligação histórica.^{15,18}

Esta evolução resulta dos efeitos conjugados de uma conjuntura favorável da economia portuguesa observada durante este período e também de fatores mais estruturais, nomeadamente a elevação do nível médio de escolaridade da população portuguesa e o consequente aumento das suas expectativas de mobilidade profissional para profissões mais qualificadas, a manutenção de sectores intensivos em trabalho e marcados por uma forte sazonalidade, como sejam o turismo e a construção civil, e ainda a imagem externa de Portugal, no contexto da UE, como um país onde era fácil entrar e trabalhar, ainda que em condições irregulares.¹⁵

Portugal está incluído nos países que mudaram a sua matriz de imigração (2000-2010) para se tornarem um país de emigração (2010-2015), partilhando esta transformação com a Irlanda e a Espanha. A teoria que melhor explica esta situação poderá ser a crise económica que se começou a viver durante o mesmo período de tempo nestes países, o que fez com que os seus níveis imigração se mantivessem ou diminuíssem e, pelo contrário, a emigração aumentou. Em Portugal também se verificou um decréscimo na migração familiar.⁵

Em 2016 cerca de 4% da população portuguesa era de nacionalidade estrangeira, predominando o sexo feminino (51,5%), com uma diferença de mais 3% relativamente ao masculino (48,5%).^{19,20} Nesse mesmo ano, existiam 397.731 (+2.3% do que em 2015) indivíduos com autorização de residência em Portugal, no entanto, apesar da maioria dos imigrantes continuarem a ser oriundos dos continentes europeu e americano (essencialmente do Brasil), assistiu-se, em 2016, a uma mudança na matriz das dez nacionalidades com maior representatividade, marcada pela saída de S. Tomé e Príncipe e pela entrada da França, com um aumento de 33%. Fortalecendo a presença europeia no nosso país, o Reino Unido aumentou o número de indivíduos em 12,5%, ocupando o sexto lugar e ultrapassando assim a Angola. De salientar que o número de indivíduos de nacionalidade asiática tem vindo a aumentar nos últimos anos, com a China a verificar um aumento de 5,5% desde 2015.²⁰ A diferença na estrutura das principais nacionalidades e da sua representatividade, principalmente nas nacionalidades europeias e de língua oficial portuguesa, pode ser explicada, não só pela aquisição de nacionalidade no caso das últimas, como também pela atratividade de Portugal como país seguro e com vantagens fiscais decorrentes do regime para o residente não habitual, motivos especialmente relevantes para europeus e asiáticos.²⁰

Em Portugal, o saldo migratório tem sido negativo, ou seja, existem mais pessoas a emigrarem do que a imigrarem, nos últimos anos, segundo os dados das entidades oficiais.^{20,21} Em 2016, o crescimento migratório no país era de -0.08%, melhorando dos -0.10% em 2015, o que pode sugerir que a atratividade de Portugal como país de imigração melhorou.²¹ No entanto, esta tendência negativa deve-se mais ao aumento de pessoas que saem do país (emigração) do que efetivamente com a diminuição das pessoas que entram (imigrantes), isto é, efetivamente o número de pessoas que emigram tem aumentado nos últimos anos, no entanto o número de imigrantes também tem aumentado, mas a um ritmo tendencialmente menor.

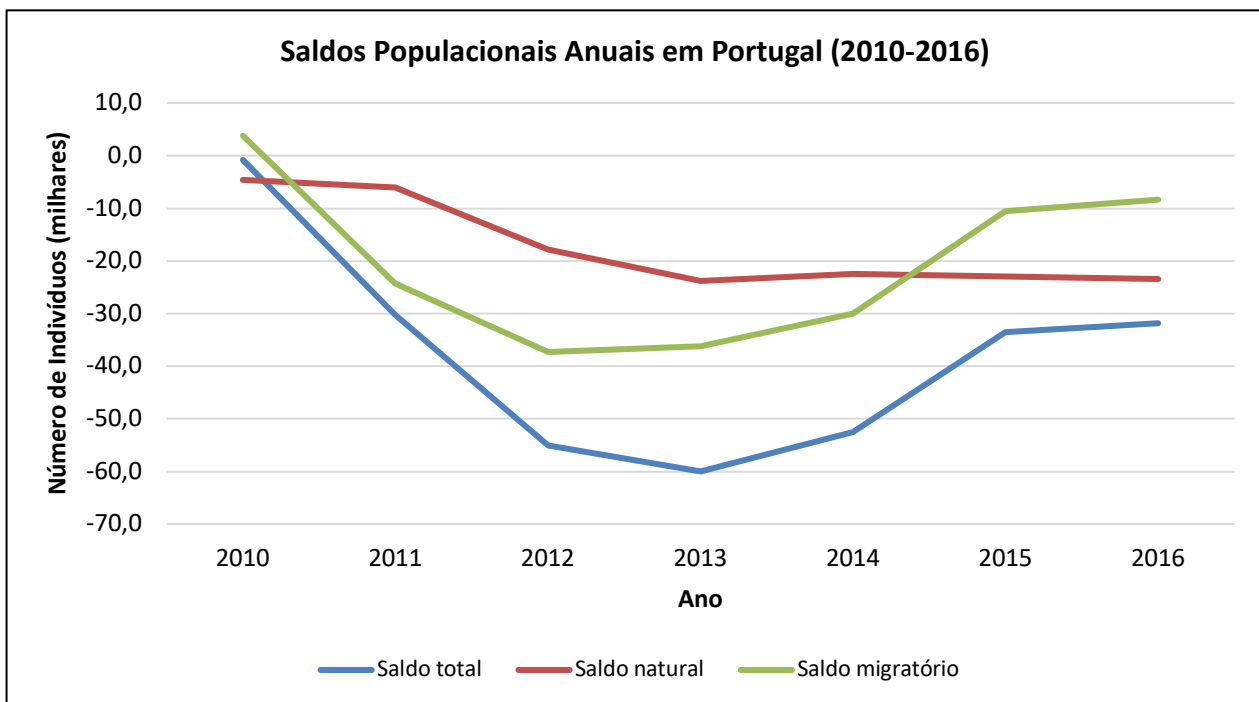


Gráfico 1 – Saldos populacionais anuais (total, natural e migratório) em Portugal, entre os anos 2010 e 2016, em milhares de indivíduos. Adaptado de <https://www.pordata.pt/Municipios/Saldos+populacionais+anuais+total++natural+e+migratório-376>

Contando apenas com o ano de 2016, estima-se que tenham entrado 29 925 pessoas para residir no país de forma permanente (ou seja, por um período igual ou superior a 1 ano), dos quais 18 122 eram de nacionalidade estrangeira e desses, mais de 50% (10 696) são de um país terceiro (fora EU).^{21,22}

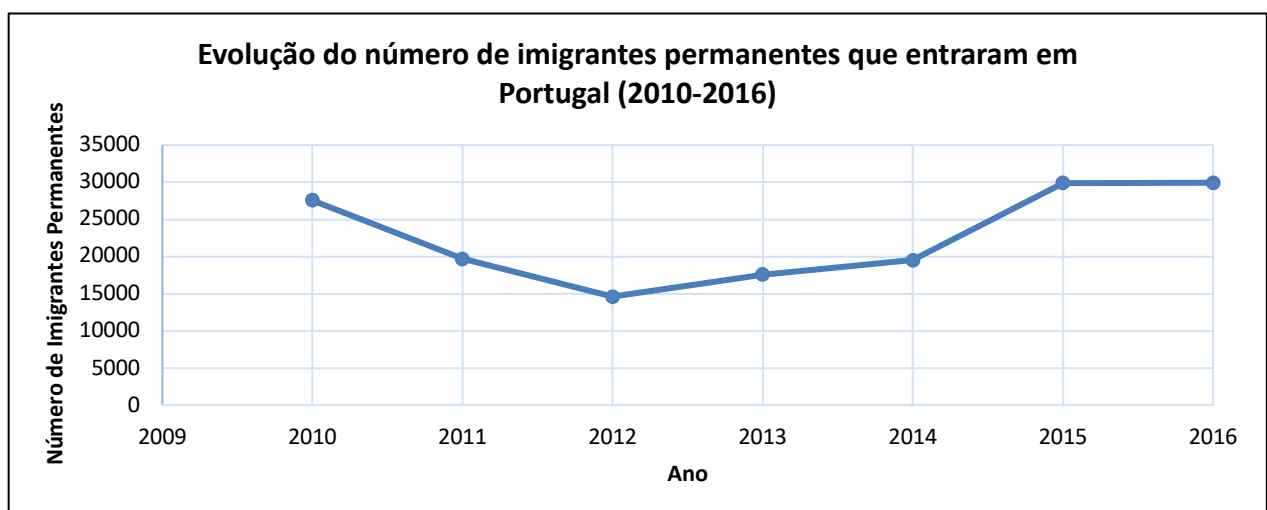


Gráfico 2 – Evolução do número de imigrantes permanentes que entraram, anualmente, em Portugal, durante os anos de 2010 e 2016. Adaptado de <https://www.pordata.pt/Portugal/Imigrantes+permanentes+total+e+por+naturalidade-3256>.

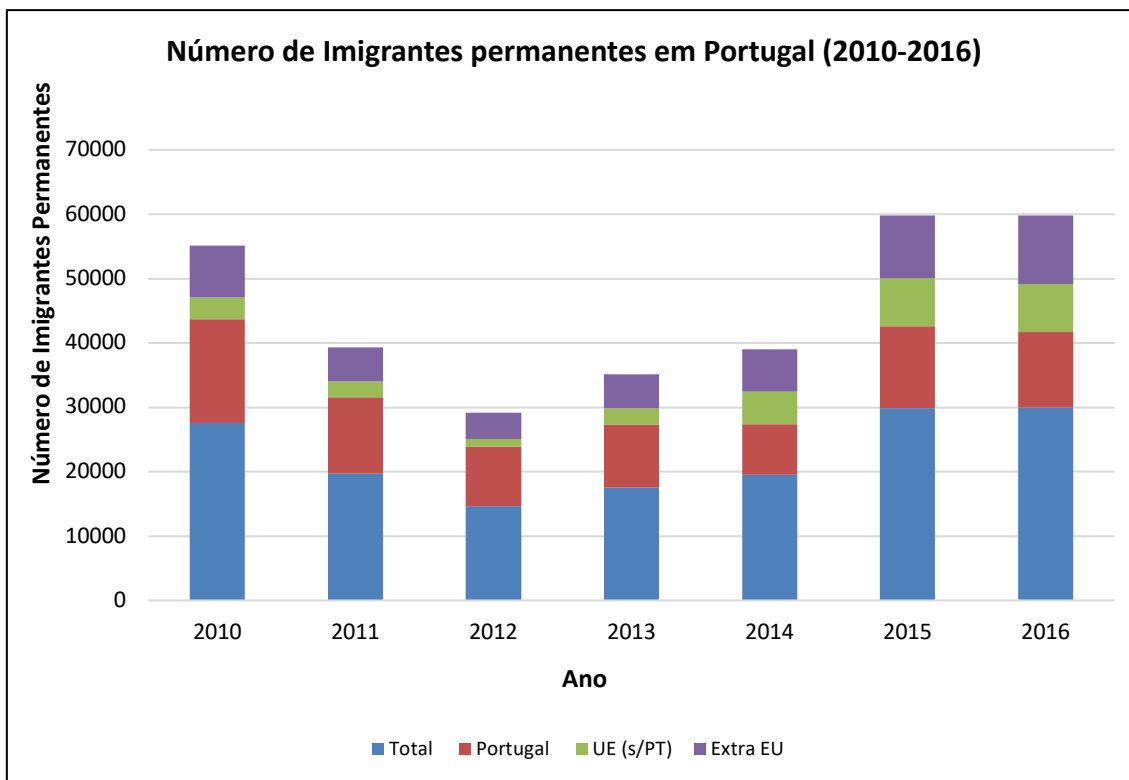


Gráfico 3 – Número de imigrantes permanentes, agrupados por país, em Portugal, entre os anos 2010 e 2016. Adaptado de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0006058&contexto=bd&selTab=tab2&xlang=pt

Apesar desta tendência crescente de população imigrante no país, é preciso acautelar certos aspetos quando observamos a evolução da população estrangeira, uma vez que existem alterações legislativas que têm algum impacto nos valores e na sua interpretação. A alteração legislativa de 2006²³ fez com que fosse mais fácil para os cidadãos estrangeiros adquirirem a nacionalidade portuguesa, pelo que entre 2007 e 2016 foram deferidos sete vezes mais pedidos de nacionalidade (402 mil) do que no período homólogo anterior (61 mil). Nos últimos anos, 90% das concessões de nacionalidade foram a estrangeiros que já residiam em território português, sendo que em 2016, cerca de 70% das aquisições de nacionalidade foram por naturalização, correspondendo a menor percentagem a casamentos ou união de facto com cidadão português, a qual era o principal motivo antes da alteração legislativa.^{20,21,24} As nacionalidades brasileira e cabo-verdiana foram as que se destacaram com a maior representatividade na aquisição de nacionalidade portuguesa, na condição de residente em Portugal, passando a ucraniana de segundo lugar (2015) para terceiro, em 2016.^{20,21} Esta alteração é um passo importante para a integração dos imigrantes, já sendo o país considerado inovador neste âmbito pela comunidade internacional. Segundo o *Migrant Integration Policy Index 2015*, Portugal está em 2º lugar no que diz respeito à integração de imigrantes e em 1º lugar na aquisição de nacionalidade. Contudo, na área da saúde

é efetivamente onde observamos a nossa pior pontuação (43/100), ocupando, neste parâmetro, o 22º lugar, no total dos 38 países.²⁵ Em 2016, verificou-se um inverso da tendência decrescente de migração no nosso país, uma vez que foi observado um aumento de 2,3%, tendo sido contabilizados, nesse ano, 397 731 cidadãos a residir em Portugal. Também o número de novos títulos de residência aumentou 24,0%, ou seja, apenas no ano de 2016 começaram a residir em Portugal mais 46 921 cidadãos estrangeiros.²⁰

Segundo o último relatório publicado (2017) do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras 2016, continua a observar-se uma diminuição da tendência da imigração dos países de língua oficial portuguesa, representando menos de metade da população estrangeira no país, cerca de 38%, com um decréscimo de 5,7% face ao ano anterior dos países africanos de língua oficial portuguesa. Todas as nacionalidades mais representativas de língua oficial portuguesa em conjunto com as europeias, apresentam uma variação negativa, em contraste todas as outras nacionalidades apresentam uma variação positiva. Além da crise económica e da situação da aquisição de nacionalidade, supracitada, esta mudança de paradigma também se deve à alteração de fluxos migratórios, com um aumento da representatividade de nacionalidades asiáticas.^{20,26}

Tabela 1 – População estrangeira (extra EU) residente em Portugal (stock e fluxo) com um stock superior a 1000 indivíduos, por nacionalidade e ordem decrescente de grandeza. Retirado do *Relatório de Imigração fronteiras e Asilo 2016*.

Nacionalidade	Stock			Fluxo		
	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres
Brasil	81 251	30 938	50 313	7 059	2 996	4 063
Cabo Verde	36 578	16 899	19 679	1 991	924	1 067
China	22 503	11 314	11 189	2 839	1 342	1 497
Angola	16 994	7 791	9 203	1 479	737	742
Guiné Bissau	15 653	8 354	7 299	951	427	524
São Tomé e Príncipe	8 968	4 003	4 965	548	237	311
Índia	7 244	4 931	2 313	1 024	638	386

Moldávia	6 125	2 786	3 339	249	99	150
Nepal	5 835	3 863	1 972	1 348	785	563
Rússia	4 283	1 494	2 789	314	115	199
Paquistão	3 175	2 133	1 042	468	310	158
Moçambique	2 848	1 246	1 602	342	166	176
Bangladesh	2 799	2 309	490	437	282	155
EUA	2 705	1 400	1 305	501	274	227
Venezuela	2 356	970	1 386	453	179	274
Marrocos	1 576	783	793	92	44	48
Suíça	1 557	823	734	314	157	157
Tailândia	1 475	1 022	453	297	187	110
Guiné	1 363	943	420	198	113	85
Senegal	1 356	877	479	113	54	59

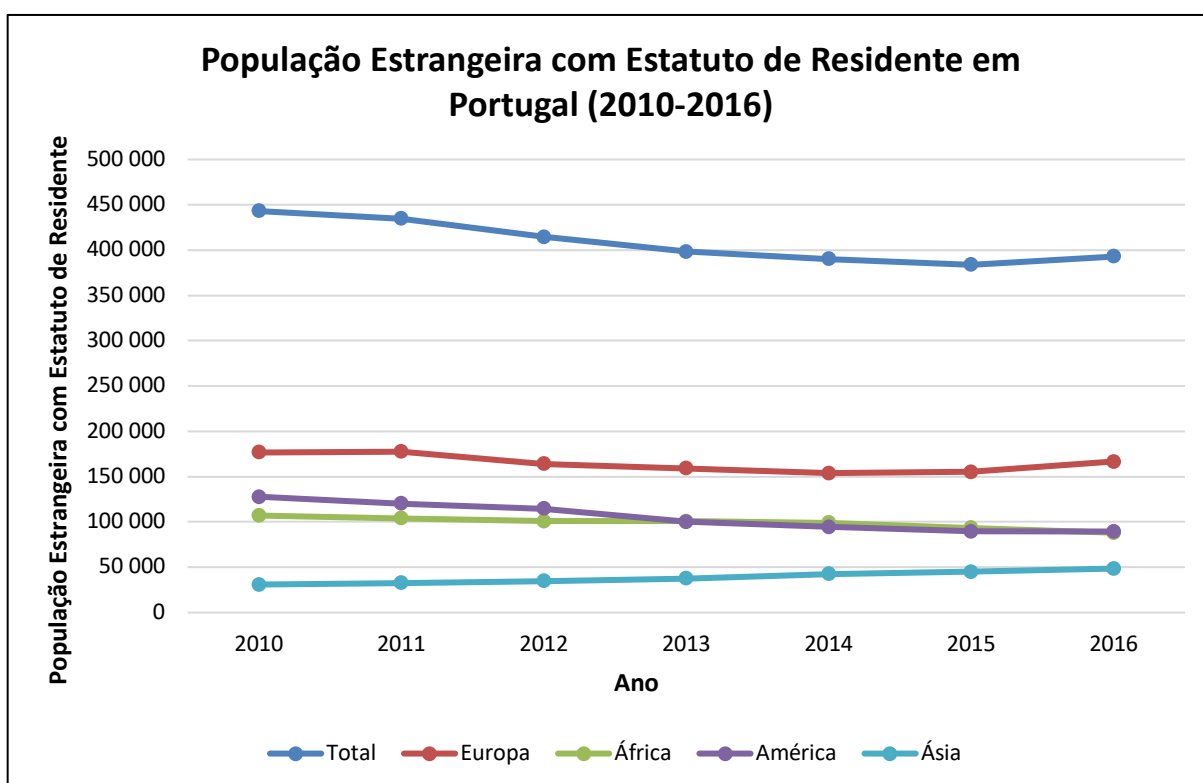


Gráfico 4 – População estrangeira com estatuto de residente, em Portugal, total e por nacionalidades, entre os anos 2010 e 2016. Adaptado de <https://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+estrangeira+com+estatuto+legal+de+residente+total+e+por+algumas+nacionalidades-24>

Quanto à natalidade desta população (tabela 2), entre 2011 e 2016, verifica-se uma diminuição de nados-vivos de mães de nacionalidade estrangeira em proporção ao total de nados-vivos em Portugal, 10.3% para 8.8%. No mesmo período, nados-vivos com ambos os pais de nacionalidade portuguesa aumentou 1,8%, por outro lado, o número de nados-vivos com ambos os progenitores de nacionalidade estrangeira verificou um decréscimo de 1.3%. Existe uma variação anual residual (inferior a 1%) do número de nados-vivos em que pelo menos um dos progenitores é de nacionalidade estrangeira, mantendo-se perto do valor de 6%, relativamente ao total de nados-vivos em Portugal.²¹

Tabela 2 – Nados-vivos segundo a nacionalidade dos pais, em Portugal, entre os anos de 2011 e 2016. Retirado de *Estatísticas Demográficas 2016*

Ano	Nacionalidade da mãe	Nacionalidade do pai							
		Nº				%			
		Total	Portuguesa	Estrangeira	Ignorada	Total	Portuguesa	Estrangeira	Ignorada
2011	Total	96 856	87 016	8 208	1 632	100,0	89,8	8,5	1,7
	Portuguesa	86 853	83 279	2 346	1 228	89,7	86,0	2,4	1,3
	Estrangeira	10 003	3 737	5 862	404	10,3	3,9	6,1	0,4
	ignorada	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0
2012	Total	89 841	81 387	7 094	1 360	100,0	90,6	7,9	1,5
	Portuguesa	81 080	78 058	2 077	945	90,2	86,9	2,3	1,1
	Estrangeira	8 761	3 329	5 017	415	9,8	3,7	5,6	0,5
	ignorada	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0
2013	Total	82 787	75 013	6 214	1 560	100,0	90,6	7,5	1,9
	Portuguesa	75 382	72 164	2 023	1 195	91,1	87,2	2,4	1,4
	Estrangeira	7 405	2 849	4 191	365	8,9	3,4	5,1	0,4
	ignorada	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0
2014	Total	82 367	74 923	5 924	1 520	100,0	91,0	7,2	1,8
	Portuguesa	75 147	71 964	2 005	1 178	91,2	87,4	2,4	1,4
	Estrangeira	7 200	2 945	3 913	342	8,7	3,6	4,8	0,4
	ignorada	20	14	6	0	0,0	0,0	0,0	0,0
2015	Total	85 500	77 950	6 086	1 464	100,0	91,2	7,1	1,7
	Portuguesa	78 336	75 017	2 188	1 131	91,6	87,7	2,6	1,3
	Estrangeira	7 164	2 933	3 898	333	8,4	3,4	4,6	0,4
	ignorada	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0
2016	Total	87 126	79 793	6 526	807	100,0	91,6	7,5	0,9
	Portuguesa	79 421	76 498	2 359	564	91,2	87,8	2,7	0,6
	Estrangeira	7 686	3 285	4 161	240	8,8	3,8	4,8	0,3
	ignorada	19	10	6	3	0,0	0,0	0,0	0,0

Na sua maioria, os cidadãos estrangeiros residentes fazem parte da população potencialmente ativa (82,3%), sendo a faixa etária mais representativa a que se situa entre os 20 e os 39 anos.²⁰ Este valor contrasta com o cenário da população portuguesa que apresenta uma percentagem de população em idade ativa de cerca de 65%.²¹ O sexo feminino é o que se encontra mais representado dentro da população imigrante, com 51.5% de cidadãos, uma diferença de três pontos percentuais superior face ao sexo oposto. Esta tendência é confirmada também na população ativa imigrante, onde mais de metade é do sexo feminino (53%).²⁰

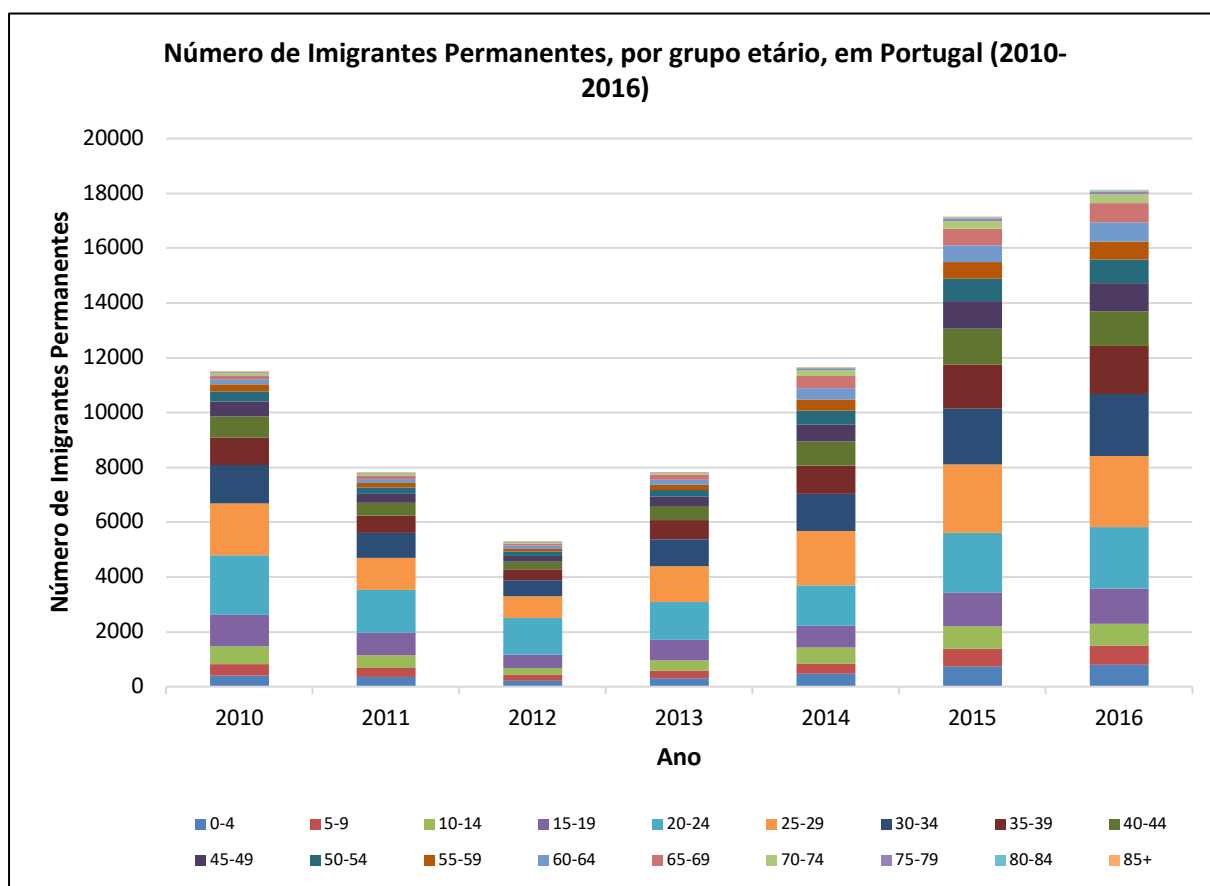


Gráfico 4 – Número de imigrantes permanentes de nacionalidade estrangeira, em Portugal, por grupo etário, entre os anos 2010 e 2016. Adaptado de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0006058&contexto=bd&selTab=tab2&xlang=pt

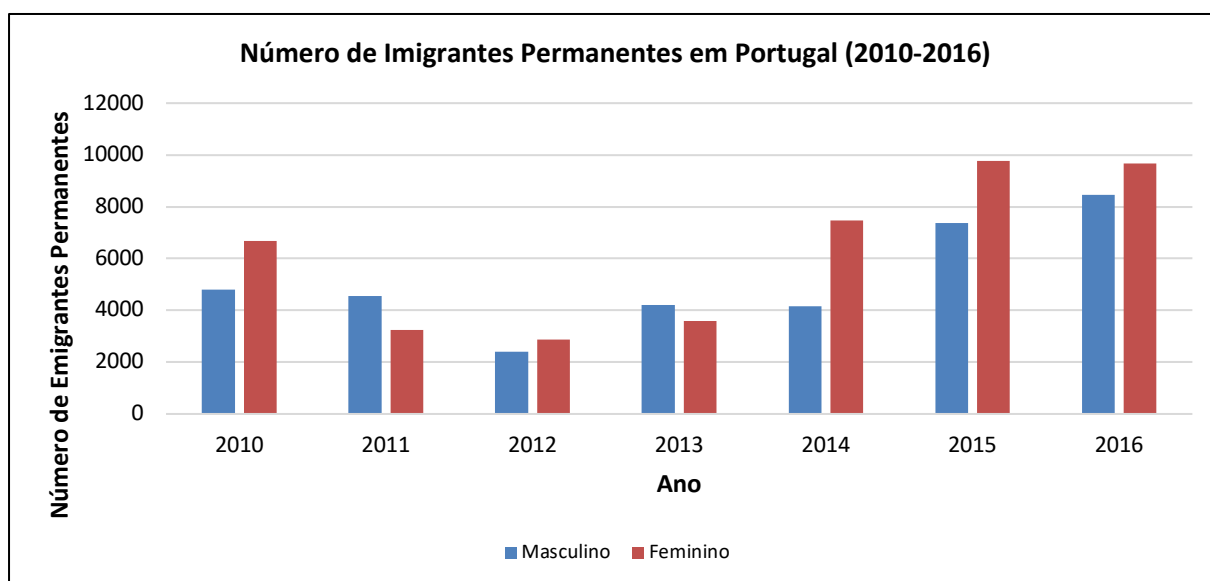


Gráfico 5 – Número de imigrantes estrangeiros permanentes, por sexo, em Portugal, entre 2010-2016. Adaptado de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0006058&contexto=bd&selTab=tab2&xlang=pt

1.2 Caracterização sociodemográfica da imigração em Lisboa

Se considerarmos a distribuição geográfica, a população estrangeira concentra-se maioritariamente nas zonas litorais do país (69%), sendo o distrito de Lisboa a que regista um maior número de residentes de nacionalidade estrangeira, com um total de 173.118 indivíduos. O distrito que se encontra em segundo lugar (Faro) tem uma concentração de 63.481 indivíduos estrangeiros residentes, ou seja, menos de metade do distrito de Lisboa.²⁰ Esta realidade vai de encontro à informação relativa à Área Metropolitana de Lisboa, uma vez que, em 2016, foi a única que apresentou uma taxa de crescimento efetivo positiva, pois ambas as taxas de crescimento (natural e migratório) são positivas. Relativamente ao Algarve, a taxa de crescimento migratório não compensou a taxa de crescimento natural.²¹ No ano de 2016, estas duas regiões do país foram as únicas que apresentaram um saldo migratório positivo.²² Mesmo num contexto económico menos favorável, como é o caso da crise económica que o país atravessou, a população estrangeira continuou a crescer no município de Lisboa, ao contrário do que se passou nos restantes concelhos.²⁷

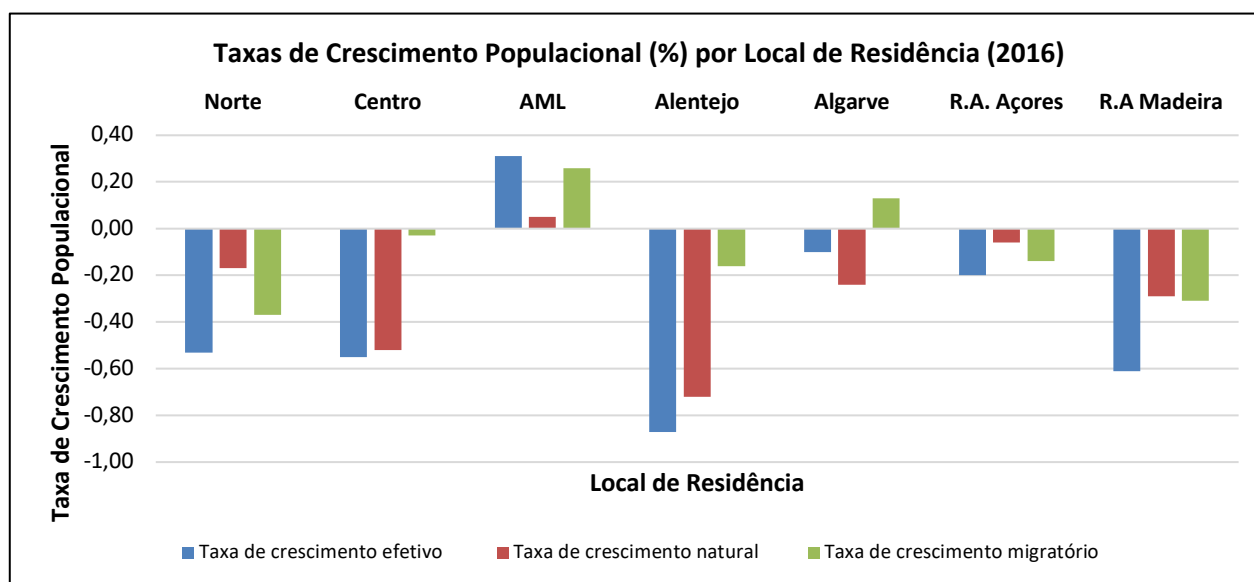


Gráfico 6 – Taxas de crescimento populacional, em percentagem, por local de residência (NUTS-2013), em Portugal, no ano de 2016. Adaptado de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008262&contexto=bd&selTab=tab2

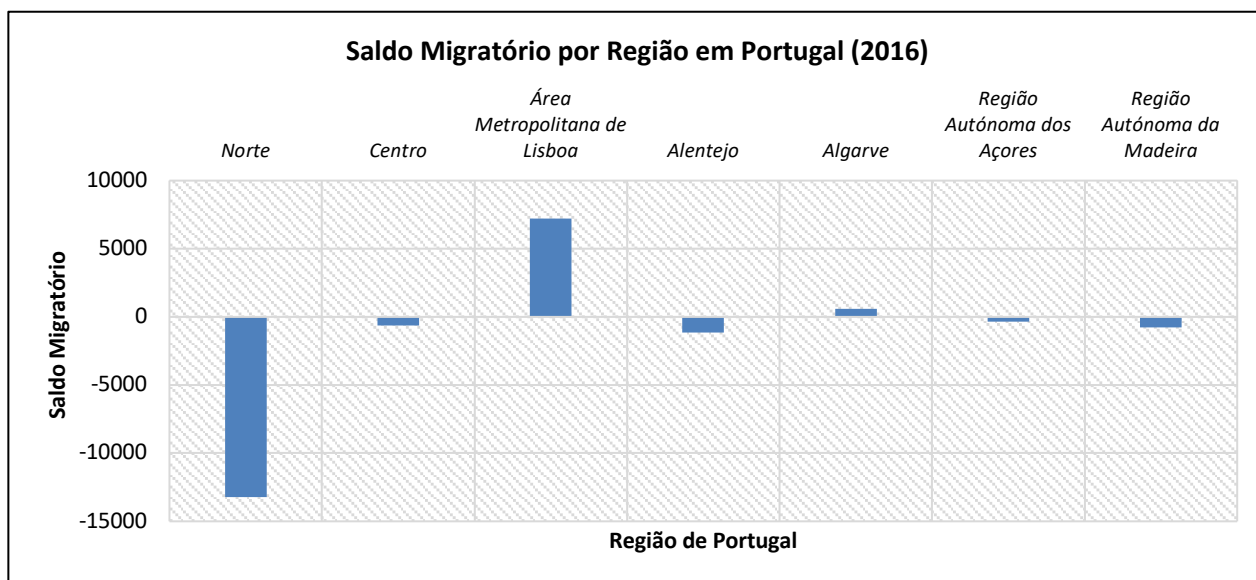


Gráfico 7 – Saldo migratório por região, em milhares de indivíduos, em Portugal (2016). Adaptado de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008262&contexto=bd&selTab=tab2

A concentração da população em áreas metropolitanas e zonas urbanas prende-se com a perceção de que aí irá ser mais rápida a sua inserção no mercado de trabalho e também por aí encontrarem redes sociais mais fortes de entreaajuda.²⁸ Ou seja, estas zonas, como é o caso de Lisboa, apresentam-se mais atrativas para os imigrantes pelo seu dinamismo económico, laboral e social que faz com que a população estrangeira aumente e se mantenha.²⁷ Apenas o concelho de Lisboa conta com um total de 55 212 cidadãos estrangeiros residentes, com uma diversidade de 170 nacionalidades, tendo a população extra EU uma representatividade de 71%.²⁹

Tabela 3 – População estrangeira, natural de países extra UE, residente no concelho de Lisboa, por nacionalidade e com um número de indivíduos superior a 1000. Retirado de <https://sefstat.sef.pt/Lisboa.aspx> - consultado a 23.01.2018.

Nacionalidade	Nº de indivíduos
Brasil	8932
China	6178
Nepal	3784
Cabo Verde	2953
Índia	2250
Bangladesh	1904
Angola	1894
Guiné Bissau	1362

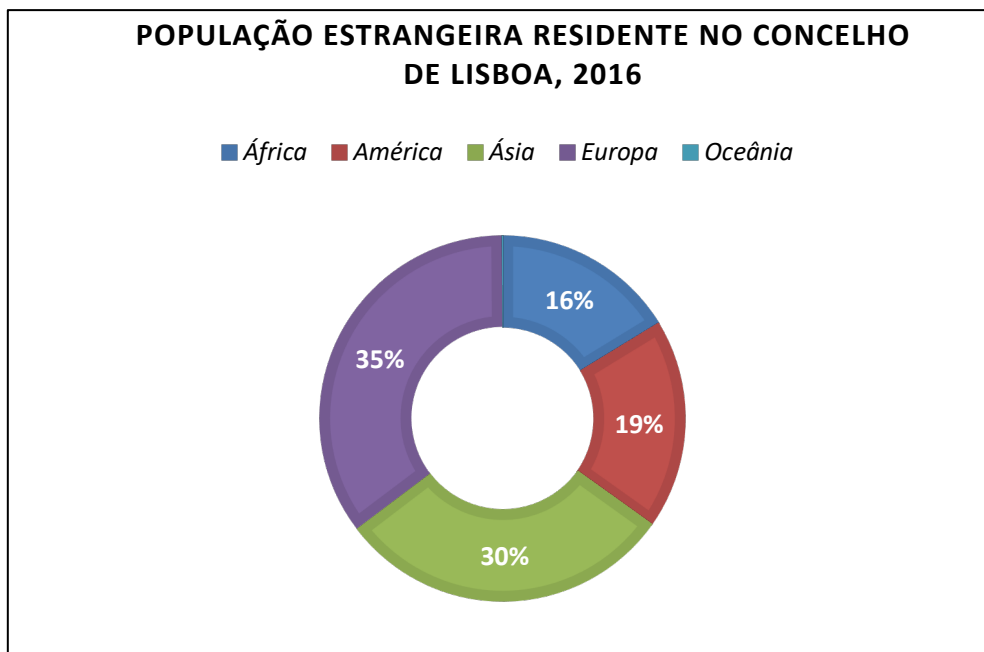


Gráfico 8 – Percentagem de população estrangeira residente no concelho de Lisboa, por continente de origem. Estão excluídos apátridas e indivíduos de nacionalidade desconhecida (6 indivíduos no total). Retirado de <https://sefstat.sef.pt/Lisboa.aspx> - consultado a 23.01.2018.

As nacionalidades extra UE mais representadas no concelho de Lisboa são Brasil, China, Nepal e Índia como se pode ver no gráfico e tabela 4, representando estas nacionalidades, cerca de 52% da população total imigrante de países extra EU apenas no concelho de Lisboa.²⁹

Segundo o último diagnóstico social de Lisboa, *II Diagnóstico Social de Lisboa, 2015-2016*, e ao contrário do que se passa em Portugal e na AML, a população estrangeira residente no município de Lisboa, tem vindo a aumentar nos últimos anos, registando 51 690 cidadãos estrangeiros residentes, no ano de 2015, sendo o município com o maior número de imigrantes. Este número representava, à data, 13.3% do total de imigrantes do país e mais de um quarto dos imigrantes da AML.²⁶

Tendo em consideração o mesmo documento, no ano de 2011, as freguesias de Santa Maria Maior e a de Arroios eram as que apresentavam uma maior percentagem de população estrangeira residente, 17.8% e 14.1%, respetivamente. De notar que certas populações, atualmente em tendência crescente, especialmente os asiáticos, que depois dos países de língua oficial portuguesa, são os que têm maior expressividade na região, tendem a concentrar-se numa determinada zona, como é exemplo o prolongamento asiático ao longo do eixo Rua da Palma-Almirante Reis. Existem duas possíveis explicações para este facto, surgindo uma em consequência da outra. A atratividade destas duas freguesias no centro histórico de Lisboa, poderá ser explicada pela grande concentração de habitações vagas, muitas das quais, num estado parco de

conservação, o que leva a que os preços de arrendamento sejam mais baixos. Por consequência, o número de estabelecimentos comerciais nesta zona também é elevado, o que faz com que muitos imigrantes escolham estas zonas para residir.^{26,30}

Tal como no país, o panorama migratório da cidade está a mudar. A tendência antiga de imigração dos países da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP) diminuiu nos últimos anos. Novo fluxos migratório são marcados pelo crescimento de população oriunda da China, Nepal, Índia e Bangladesh, sendo as últimas três nacionalidades responsáveis pela sobre masculinização da população estrangeira em Lisboa, registando uma maior proporção de jovens ativos.²⁷ Se ignorarmos os países que fazem parte da CPLP, as quatro nacionalidades mais representadas em Lisboa em 2015 eram, por ordem crescente, China, Nepal, Índia e Bangladesh. Entre 2008 e 2014, todos estes países aumentaram a sua percentagem de cidadãos na cidade, no entanto, China, Nepal e Bangladesh foram os que mais se destacaram, com um aumento de 640,6%, 124,8% e 89,6%, respetivamente. Em 2015, o número total de imigrantes residentes em Lisboa destas quatro nacionalidades acima mencionadas, era, respetivamente, 5705, 3379, 2342 e 1880.^{26,27}

Os impactos demográficos que decorrem da presença e do crescimento de população estrangeira em Portugal, são identificáveis e mencionáveis.^{15,27,30-33} Essas mudanças demográficas são, não só de cariz arquitetónico como o aparecimento de vários estabelecimentos de comércio étnico, locais de culto religioso, como também ligadas à cultura e integração das diferentes nacionalidades, como cheiros de comidas tradicionais e vestuários diferentes, o que faz com que Lisboa seja cada vez mais uma cidade multicultural.¹⁵ Exemplos desta realidade são o surgimento de novas famílias, o crescimento da densidade das comunidades imigradas e as mudanças no perfil de saúde da população, tendo em conta o aparecimento de novas doenças. Na última década, a população estrangeira contribuiu com um quinto do acréscimo de população.^{27,32,33}

Tendo em conta as diferenças demográficas observadas, verifica-se que a população estrangeira no país apresenta, níveis de fecundidade mais elevados comparativamente com a população portuguesa, níveis de envelhecimento mais atenuados e reforçam o volume de indivíduos em idade ativa. No entanto, se descontarmos o efeito jovem, observa-se que os estrangeiros têm uma mortalidade superior à de Portugal, como também se nota um aumento de casamentos em que, pelo menos um dos cônjuges é estrangeiro.³² A saúde é uma das áreas que tem vindo a ser cada vez mais pensada e discutida pelos decisores políticos nacional e internacionalmente como fator essencial da integração da população imigrante, sendo que o acesso aos sistemas de saúde e os bons resultados em saúde têm sido indicadores fundamentais dessa integração.³³

Em 2015, 16.3% do total de nascimentos, na cidade de Lisboa, pertenceram a mães estrangeiras. Relativamente ao ensino, que assume também um papel importante na integração destas populações na nossa sociedade civil, no mesmo ano, dos 4415 alunos nos Jardins de Infância da Rede Pública, 13.3% eram estrangeiros, de 40 países diferentes. No 1º ciclo, dos 14316 inscritos 10.6% eram de nacionalidade estrangeira, oriundos de 60 países diferentes.²⁶ Segundo o Relatório Estatístico Anual de Indicadores de Integração de Imigrantes 2017 do Observatório das Migrações, no ano letivo 2015/2016, Lisboa tinha 36 618 alunos estrangeiros matriculados no ensino básico e secundário português.²⁸

1.3 Imigrantes e questões sociais em Portugal

As questões sociais são parte importante do processo de integração de qualquer pessoa na sociedade na qual está inserida, afigurando-se ainda mais relevante quando se trata de um imigrante de nacionalidade que não é a do país onde se encontra. Os temas que irão ser abaixo descrito dizem respeito às áreas da educação, empregabilidade e contribuições sociais. Neste último tema é importante ressaltar que o valor contribuído é superior ao recebido, ou seja, o saldo líquido entre as contribuições dos estrangeiros e as prestações que recebem é positivo. Assim, em 2015, o saldo foi cerca de 355,2 milhões de euros e em 2016 aumentou para 418,5 milhões de euros. Verifica-se ainda uma diminuição dos montantes gastos com prestações sociais, 99,2 milhões de euros em 2015 e 91 milhões em 2016, como um aumento das receitas do sistema de Segurança Social, com as contribuições de estrangeiros (454,4 milhões de euros em 2015 e 509,5 milhões de euros em 2016). Nesta área observa-se, de uma forma geral, uma penalização dos nacionais asiáticos, ou seja, são os mais afetados em questões sociais relativamente às restantes nacionalidades estrangeiras representadas em Portugal. Contudo, globalmente, a população estrangeira mantém o seu importante papel no equilíbrio do sistema de Segurança Social, contribuindo para a sua sustentabilidade.²⁸

No que diz respeito à prestação de abono familiar, a análise do rácio em função da nacionalidade dos titulares, parece concluir que os que recebem um valor mais elevado são os indivíduos das nacionalidades com maiores taxas de fecundidade geral e que, assim, mais contribuem para a natalidade em Portugal. Deste grupo constam nacionais de países asiáticos, africanos dos PALOP.

Relativamente à educação e habilitações dos imigrantes, características importantes para o processo de integração na sociedade de destino, é perceptível que chegam imigrantes com poucas qualificações académicas. No entanto, tendo em conta o intervalo 2005-2015, verifica-se um aumento de estrangeiros empregados com níveis de habilitações médio-superiores e uma diminuição de estrangeiros com habilitações inferiores ao 1º ciclo do ensino básico.²⁸ Assim, existiam no ano letivo 2015/2016 alunos estrangeiros de 180 nacionalidades matriculados no ensino português, sendo que, os alunos estrangeiros a frequentarem o ensino básico e secundário, representavam 3.5% dos alunos estrangeiros matriculados. Desse universo, 32,6% eram provenientes dos PALOP e 27,3% da América do Sul (maioritariamente do Brasil), no entanto apenas os alunos asiáticos obtiveram uma taxa de variação positiva relativamente ao ano letivo anterior. A taxa de transição/conclusão nas nacionalidades estrangeiras e os resultados escolares, de uma forma geral, não são homogéneos, destacando-se os alunos africanos e asiáticos com uma variação positiva face ao ano letivo 2014/2015, em ambas as situações.

A empregabilidade é também uma das áreas estudadas, sendo empírico que certos mercados de trabalho, que os autóctones evitam, teriam pouca probabilidade de sobrevivência se os imigrantes não os realizassem, como é o caso de alguns trabalhos mais sujos, exigentes, perigosos ou mal pagos. Alguns autores afirmam esta mesma importância dos imigrantes estrangeiros na eficiência dos mercados de trabalho.^{30,34,35} Verifica-se que, em certos setores económicos e em certas atividades a população imigrante encontra-se sobre representada, como é o caso do grupo profissional 7 (indústria, construção e artífices). No entanto, ao longo dos últimos anos a concentração de imigrantes neste grupo profissional tem vindo a diluir-se, sendo que entre 2011 e 2015 existiu uma variação negativa de 34.7% de trabalhadores estrangeiros e comparação com a diminuição de 7.9% de trabalhadores portugueses no mesmo setor. Também no grupo 5 (trabalhadores dos serviços e vendedores) se verifica uma quebra de 14.7% de população estrangeira. Estes dois setores foram também os mais afetados durante a crise económica e financeira pela qual o país passou. Em 2015, a remuneração média do total de trabalhadores estrangeiros era cerca de 866€, sendo que as nacionalidades que se encontravam no fim da tabela de remunerações, nesse ano, ou seja, as que apresentavam uma remuneração mais baixa e com uma maior distância aos portugueses, eram os asiáticos e com a mais alta eram os nacionais dos EUA (de entre os países extra EU).²⁸

No que diz respeito à discriminação, tendo em conta a análise do Eurobarómetro, os 1005 indivíduos inquiridos de Portugal atingem piores resultados relativamente à média

da UE28 (28 mil inquiridos em 2015) no que se refere a ter colegas de trabalho judeus, asiáticos e budistas, uma vez que a percentagem dos que afirmam sentir-se desconfortáveis é superior à média da UE28, 9%, 8% e 8%, respetivamente.^{28,36}

1.4 O fenómeno da imigração na saúde pública

A Organização Mundial para as Migrações (OIM) define um migrante como *“qualquer pessoa em deslocação ou que se tenha deslocado internacionalmente ou apenas do seu local habitual de residência; independentemente do seu estatuto legal, se a deslocação foi voluntária ou involuntária, do motivo da deslocação e do tempo de permanência no novo local”*.³⁷

Atualmente a migração internacional é um dos grandes desafios da Saúde Pública, tendo em conta a complexidade dos determinantes da saúde dos imigrantes, a heterogeneidade da população e a falta de informação consistente nesta área.³⁸

A migração internacional tornou-se parte integral do desenvolvimento global social e económico e uma consequência da globalização. Uma vez que os movimentos migratórios têm vindo a aumentar rapidamente a sua frequência, a migração internacional e os seus desafios e riscos para a saúde pública constituem atualmente um dos maiores desafios mundiais. Tendo em conta o desenvolvimento socioeconómico que advém do movimento internacional de pessoas, este pode ser um contributo relevante para os países desenvolvidos no que diz respeito aos problemas demográficos por que passam muitas vezes, como o envelhecimento da população e a baixa taxa de natalidade; pois a população imigrante vai muitas vezes preencher lacunas de falta de disponibilidade de trabalhadores dos próprios países. Para os países em desenvolvimento, dos quais são provenientes grande parte dos imigrantes do mundo, a migração funciona como um caminho contra a pobreza, catástrofes naturais e conflitos independentemente da sua natureza. Muitas vezes, quando se procura caracterizar a população imigrante e as minorias étnicas, utilizam-se, para o efeito, as palavras diversidade e disparidade. Uma vez que ambos podem ser usados como sinónimos, pode ser importante evidenciar a diferença entre os dois conceitos. A lógica para essa diferenciação utilizada por Gushulak et al.³⁹ afirma que “diversidade” descreve as diferenças entre as populações migrante e de acolhimento relevantes para os determinantes da saúde, como a genética, biologia, ambiente e comportamento; enquanto “disparidade” se refere ao peso das desigualdades presentes a nível individual e social que afetam os determinantes da saúde.^{38,40}

O trânsito global de pessoas entre países com diferentes determinantes e perfis de saúde faz com que riscos definidos e localizados de saúde pública assumam uma relevância global. Tanto a diversidade como a natureza moderna da mobilidade e migração excedem a capacidade dos programas e políticas existentes para tratar a temática da migração e da saúde. De uma forma geral, as políticas de saúde pública relacionadas com a migração refletem os riscos potenciais de transmissão de doenças infecciosas associadas à migração, como a tuberculose. No entanto, a migração entre países com ambientes diferentes também afeta a epidemiologia a longo-prazo das doenças crónicas não infecciosas, o que pressupõem um impacto e uma mudança na promoção da saúde, serviços de saúde preparados para prevenção e gestão da doença e resultados na saúde ocupacional nos países de destino dos migrantes. Perceber se a informação necessária sobre os aspetos da saúde chega às populações estrangeiras residentes e que é entendida pelas mesmas, é também um aspeto importante do planeamento e preparação da saúde pública, nos países com um número considerável de população migrante, como é o caso de Portugal. Assim, por exemplo, migrantes de países menos desenvolvidos ou áreas mais pobres, com limitações educacionais e linguísticas estarão mais vulneráveis e apresentarão um risco mais elevado de obter piores resultados em saúde. Também os migrantes que chegam ao país de destino e se confrontam com exclusão social, económica e/ou legal aumentam a sua vulnerabilidade, resultante de piores condições de vida, incluindo condições explorativas de trabalho e falta de acesso a cuidados de saúde.³⁹

Como os migrantes geralmente vêm de ambientes pobres, trazem consigo doenças e condições de saúde que se sabe estarem associadas à pobreza, como é o caso das doenças transmissíveis e é onde se concentram as preocupações de saúde pública. No entanto, a contínua migração entre países, a longo prazo, também vai afetar a epidemiologia e o perfil de saúde, no que diz respeito a doenças crónicas não infecciosas, nos países de acolhimento. Esta situação representa um impacto na promoção e prevenção da saúde a nível dos serviços e nos resultados em saúde, daí ser importante a crescente pressão que a migração faz no sentido de aumentar e melhorar as políticas de saúde pública. A importância da saúde pública nas questões da migração prende-se com a capacidade de reconhecer riscos, sendo consequentemente capaz de produzir vigilância e capacidade de resposta adequada aos mesmos.

Tal como são exemplo em anos mais recentes, os casos de SARS em 2003 e da gripe A/H1N1 em 2009, os riscos da migração relacionados com a saúde pública estão normalmente associados historicamente a grandes epidemias de doenças infecciosas, como é o caso da peste negra e da cólera. Duas epidemias históricas, com um impacto

global drástico. Isto é, as respostas aos problemas de saúde derivados da migração resultam em soluções tradicionais de controlo de fronteiras, isolamento (ou quarentena) e/ou exclusão. Raros são os casos em que a gestão da saúde na migração acontece antes da epidemia/pandemia ocorrer. Impacto a longo-prazo de mudanças na dieta, na incidência de doenças cardiovasculares, diabetes e certos tipos de cancro em residentes estrangeiros e nos seus descendentes que já nasceram no país de destino, são exemplos de temáticas pouco estudadas, no que diz respeito a potenciais riscos de saúde pública. O risco de doença e de vulnerabilidade não é igual em todos os grupos de migrantes, dependendo da influência dos determinantes de saúde comportamentais, ambientais, genéticos, biológicos e socioeconómicos.³⁹

O efeito da migração na saúde dos imigrantes é, contudo, uma situação controversa. Apesar de muitos estudos dizerem que os imigrantes apresentam um estado de saúde pior do que a população do país de acolhimento, muitos referem o contrário. Ou seja, existe evidência de que a população que migra é a mais saudável, fazendo com que seja também mais saudável do que a população do país para onde migra.

Contudo, existem situações em que os migrantes exibem características mais saudáveis do que as observadas nos residentes nacionais e é descrito como *“healthy immigrant effect”*. Sendo que, também este conceito, depende do tempo, situação social e condição clínica da população migrante.³⁹ No entanto este efeito saudável vai desaparecendo com o aumento do tempo dos imigrantes no país de acolhimento, pela elevada exposição a fatores de risco, como piores condições de vida, uma vez que se concentram em sítios mais degradados das grandes cidades.

2. Healthy immigrant effect (HIE)

Vários estudos sobre imigrantes apontam para a existência de uma vantagem na saúde (física e mental) dos imigrantes, isto é, defendem que esta população apresenta melhores condições de saúde do que os naturais do país de acolhimento, e/ou do que imigrantes que estão nesse país há mais tempo e/ou que são mais saudáveis que os não-imigrantes que ficaram no seu país de origem. Existe também evidência de que a saúde dos imigrantes se vai deteriorando proporcionalmente aos anos que passam no país de acolhimento, possivelmente por falta de acesso a de saúde apesar de terem direito aos mesmos, pois as barreiras culturais e linguísticas com que muitas vezes se deparam impedem essa utilização. A aculturação também pode explicar a degradação do estado de saúde dos imigrantes, uma vez que vão captando estilos de vida dos cidadãos naturais do país de acolhimento e muitas vezes iniciam comportamentos de risco como fumar ou a ingestão de bebidas alcoólicas em excesso, ou seja, defende-se que o país de origem tem um efeito protetor. Por exemplo, no caso de imigrantes de países em desenvolvimento, como é o caso dos países do sudoeste asiático, o impacto cultural ao migrarem para um país desenvolvido (como é o caso de Portugal), experienciam um grande choque cultural, relativamente à dieta, religião, forma de vida, etc. Acredita-se que perdem os fatores protetores do país de origem, no processo de migração para outro país, como é o caso muitas vezes da família, uma vez que os imigrantes o fazem a maior parte das vezes sozinhos na procura por melhores condições de vida; das ligações religiosas, uma vez que a religião no país de acolhimento é muitas vezes diferente das suas crenças; e outros fatores sociais protetores que ajudam os imigrantes a preservarem o seu estado de saúde, no seu país. Também o fato dos imigrantes não autoreportarem devidamente o seu estado de saúde quando chegam ao país de acolhimento, quer por falta de diagnóstico, quer por diferentes perceções dos conceitos saúde e doença, contribui para esta teoria.⁴¹⁻⁴⁵

O HIE pode parecer um conceito paradoxal, uma vez que a grande maioria dos imigrantes vêm de países mais pobres, com um nível socioeconómico menor e menos acesso a cuidados de saúde, no entanto existem várias hipóteses que, interligadas e de uma forma complementar, podem explicar esta teoria.⁴⁶⁻⁴⁸ Uma das teorias que apresenta um elevado grau de consenso na literatura é a da seleção natural de imigrantes, ou seja, apenas conseguem passar pelo processo da migração, e o seu consequente impacto na adaptação a um novo país, os indivíduos mais saudáveis. A decisão de migrar é feita com base na análise de custo-benefício, que tem em conta os potenciais ganhos e perdas financeiras, os riscos e benefícios não monetários

associados à migração, bem como a dificuldade de adaptação a um novo ambiente cultural. Assim, os imigrantes de países menos desenvolvidos têm uma seleção mais positiva no que diz respeito a capacidades, resiliência e saúde, quando o país de destino difere drasticamente a nível cultural e de desenvolvimento.⁴¹

Outra hipótese será a política de migração do país de acolhimento, isto é, certos países como Canada, EUA e a Austrália fazem um rastreio aos seus imigrantes, de forma a minimizar a carga de doença no país, carga financeira dos serviços de saúde e também para evitar os riscos de saúde pública que daí possam advir. Sendo que, deixar entrar apenas os mais saudáveis pode constituir um viés desta teoria. Contudo segundo Vang et. al 2015⁴¹, Laroche (2000) refere que a percentagem de imigrantes que o Canadá negou a entrada com base no seu estado de saúde é muito baixa. Por sua vez, na Austrália a lista de doenças, que pode negar a entrada permanente de imigrantes, é relativamente pequena, constando dela tuberculose ativa. Os EUA é o país com a lista maior de doenças consideradas inadmissíveis sem tratamento, incluindo DSTs, sendo que o VIH foi retirado dessa lista em 2010. Todavia, existe também evidência do HIE em imigrantes da Europa.⁴¹ Na Espanha, aquando do estudo realizado nos cuidados primários, todos os imigrantes tinham acesso ao sistema de saúde uma vez que este era universal e gratuito, independentemente do estatuto legal do imigrante. Na República Checa, apesar de este país ter uma política de imigração com critérios de entrada severos e o acesso ao seu sistema de saúde ser restrito para os imigrantes, é nesta população com maiores barreiras à migração, como os Vietnamitas (não-Europeus e asiáticos) onde o HIE é mais acentuado.^{44,49}

Contudo, mesmo países que não têm uma seleção de imigrantes tão restritiva como a acima descrita, fazem um rastreio aos seus imigrantes, especialmente no que diz respeito a problemas que possam representar perigo para a saúde pública do país, nomeadamente, no que diz respeito as doenças infecciosas características de alguns países com um elevado número de emigrantes. Esta hipótese juntamente com a seleção natural dos imigrantes são as mais apontadas para a base da teoria do *“healthy immigrant effect”*.^{47,50}

A revisão da literatura relativamente ao tema foi realizada através de uma pesquisa na PubMed, onde foram inseridas as expressões *“healthy immigrant effect”* e *“healthy migrant effect”*, sendo que os artigos gerados através dessa pesquisa estão abaixo analisados de uma forma mais detalhada, por ordem cronológica.

Kennedy et al.⁴⁵ mostraram a evidência desta teoria em quatro países, EUA, Canadá, Austrália e Reino Unido, onde o *cut-off* foram os dez primeiros anos de estadia do

imigrante no país de acolhimento. A comparação foi feita através dos resultados em saúde e comportamentos dos imigrantes e não imigrantes nos respetivos países de origem, uma vez que se debate que a comparação adequada para verificar esta teoria é entre imigrantes e pessoas comparáveis no seu país de origem e não com naturais do país de acolhimento. O perfil de saúde foi medido através da autoperceção de doenças crónicas e do estado de saúde de uma forma geral, em que no primeiro indicador entravam os diagnósticos de cancro, doença cardíaca, diabetes, úlceras, artrite, hipertensão, bronquite/enfisema e asma. Houve também uma classificação por região de origem, idade, género, estado civil e nível de educação. Concluíram que a evidência do HIE é maior para imigrantes de países em desenvolvimento do que para países desenvolvidos. De uma forma geral existe evidência de que os imigrantes têm menor probabilidade de desenvolver doenças crónicas, de fumar e de serem obesos, comparativamente com os naturais dos quatro países de acolhimento estudados. Neste estudo também compararam a prevalência do tabagismo nos imigrantes e nos seus países de origem (recorrendo a dados da OMS) e concluíram que para todos os países a prevalência era maior do que nos imigrantes.⁴⁵

Por sua vez, Muenning et al.⁵¹ avalia a utilização hospitalar e a taxa de mortalidade entre naturais dos EUA e imigrantes a residirem na cidade de Nova Iorque, uma vez que se os imigrantes são mais saudáveis irão, *à priori*, consumir menos recursos hospitalares. De uma forma geral, os investigadores concluíram que os imigrantes têm taxas menores de hospitalização por doenças infecciosas, doenças crónicas, doenças mentais, no entanto a hospitalização por doenças digestivas tem valores similares aos dos naturais dos EUA, o que pode pressupor um efeito da aculturação no que diz respeito à dieta. A análise efetuada também sugeriu que imigrantes mais novos (18-25 anos) podem ter um maior risco de hospitalização do que imigrantes mais velhos, relativamente aos naturais do país. Esta situação pode estar relacionada com o facto de pessoas mais novas serem mais suscetíveis de serem influenciadas e por consequência adotarem o estilo de vida do país de acolhimento mais rapidamente, o que leva a que não se diferenciem de uma forma tão relevante dos seus naturais comparáveis. A taxa de mortalidade padronizada e os anos de vida perdidos também são inferiores nos imigrantes, sendo que vivem cerca de 4 anos mais do que naturais dos EUA. No entanto, a taxa de mortalidade e morbilidade superior a partir dos 65 anos de idade nos imigrantes pode dever-se a duas situações distintas: pode estar relacionado com o processo de aculturação e por isso aumentam a sua exposição aos fatores de risco de doenças crónicas, como dieta e condições de alojamento deficitárias; ou pode ter a ver com o facto dos imigrantes mais velhos serem provenientes de países da Europa

Ocidental onde as taxas de doenças crônicas são geralmente superiores, enquanto os imigrantes mais novos são maioritariamente oriundos de países em desenvolvimento. Este artigo também refere a hipótese “*salmon bias*” como uma explicação para a menor taxa de hospitalização e mortalidade. Esta teoria está presente em vários outros artigos e tenta explicar a baixa taxa de mortalidade dos imigrantes em comparação com os naturais do país de acolhimento. Consiste na ideia de que os imigrantes regressam ao seu país de origem quando adoecem ou apenas no fim da sua vida, acabando por morrer lá. Este retorno pode ser considerado um viés ao HIE, uma vez que apenas os imigrantes mais saudáveis ficam no país de acolhimento, baixando também a sua taxa de hospitalização. A sua morte também não é contabilizada nesse país, o que pode baixar a taxa de mortalidade.^{41,44,52}

McDonald et al.⁴² utilizaram dados retirados do *National Health Population Survey* e do *Canadian Community Health Survey*, onde utilizaram como indicadores doenças menos graves (Tipo A) e mais graves (Tipo B) e a autoperceção do estado de saúde. Apesar dos imigrantes terem menos probabilidade de um diagnóstico de uma doença crónica quando chegam ao Canadá, mais uma vez o efeito protetor, no que diz respeito a este diagnóstico começa a desvanecer com o aumento do número de anos no país. Novos imigrantes, quando chegam ao país têm menos de 30% de incidência de doenças do tipo A, havendo diferenças relativamente ao país de origem, no entanto, não existe diferença significativa entre imigrantes e naturais no que diz respeito a doenças do tipo B. De uma forma geral, a perceção da saúde dos imigrantes é pior do que a dos naturais. O estudo dividiu os imigrantes entre pessoas de países cujo idioma era o Inglês (Reino Unido, Irlanda, EUA, Austrália e Nova Zelândia) e os que não era (Europa e Ásia), sendo que a diferença de incidência dos dois tipos de doenças (A e B) é muito maior entre naturais canadenses e os imigrantes que não falam inglês e que têm uma cultura diferente do que entre os naturais e os imigrantes de países com o mesmo idioma e culturalmente mais parecidos com o Canadá. Relativamente à baixa incidência de doenças crónicas (tipo B) nos novos imigrantes, este estudo aponta como possível explicação o facto de haver um subdiagnóstico pela diferença de culturas e idioma, especialmente no que diz respeito aos imigrantes de países em que o idioma não é o inglês.⁴²

No estudo de Vang et al.⁴¹, no qual foi realizada uma revisão do HIE no Canadá (país onde esta teoria já foi mais vezes estudada e verificada), foram revistos artigos para avaliar a veracidade desta teoria no período perinatal, na idade infantil e adolescência, na idade adulta, na idade avançada (a partir dos 65 anos) dos imigrantes, comparando igualmente a taxa de mortalidade, também por país de origem. Concluíram que para o

período perinatal e na idade infantil e adolescência, as diferenças no estado de saúde dos imigrantes versus a dos indivíduos naturais do Canadá não são significativas. Relativamente à idade adulta concluíram que os imigrantes asiáticos teriam menor probabilidade do que os naturais canadenses de reportar, no que diz respeito à saúde mental, sintomas de depressão e ansiedade. Relativamente às doenças crônicas, especialmente os imigrantes não-Europeus têm um efeito protetor contra cancro, diabetes e doença cardíaca e doenças como obesidade e asma. Este efeito protetor, tanto na saúde mental como nas doenças crônicas foi observado nos primeiros dez anos dos imigrantes não-Europeus. Os imigrantes em idade adulta têm também um melhor estado de saúde relativamente a incapacidades/limitações funcionais e comportamentos de risco. Na mortalidade é onde o HIE é mais pronunciado, ou seja, os imigrantes têm uma taxa de mortalidade padronizada inferior à dos indivíduos que nasceram no Canadá, sendo esta diferença maior nos homens. Sendo que a diferença entre sexos se pronuncia mais em mortes por VIH, doenças infecciosas e parasitárias e suicídio.⁴¹

Gimeno-Feliu et al.⁴⁴ foi um estudo conduzido em Espanha, sendo o primeiro estudo a demonstrar o HIE em países Europeus em que a população imigrante beneficia de um acesso universal e gratuito a cuidados de saúde públicos, independentemente do estatuto legal e socioeconómico do imigrante, e também o primeiro a utilizar registos médicos. Foi realizado um estudo observacional retrospectivo, baseado na ligação entre informações eletrónicas dos cuidados primários e os registos médicos dos cartões de seguro dos pacientes, com o objetivo de comparar a carga de doença entre os imigrantes de várias regiões e os naturais espanhóis de Aragão. Concluíram que a maioria dos diagnósticos era menos prevalente nos imigrantes, ou seja, estes apresentam um estado de saúde inicialmente melhor quando chegam a Espanha, que com o passar do tempo vai piorando. Os imigrantes asiáticos revelaram serem dos grupos mais saudáveis relativamente a morbilidades, mas apenas nos primeiros 5 anos de estadia. Estes resultados podem estar relacionados com o degradar das condições de vida, mudanças na perceção dos conceitos saúde/doença, deterioração do estilo de vida e/ou aumento do uso do sistema de saúde, fazendo com que aumente o registo de diagnósticos.

Dhadda et al.⁴³ avaliaram esta teoria comparando a saúde mental de imigrantes e de não imigrantes em minorias étnicas no Reino Unido, através do EMPIRIC (Ethnic Minority Psychiatric Rates in Community), contendo indianos e bangladeshianos. A análise realizada demonstrou que os imigrantes teriam menor probabilidade de desenvolver uma doença mental do que os não-imigrantes, especialmente os asiáticos.

Os investigadores apontam duas hipóteses para esta relação, sendo que a primeira será relacionada com o *stress* que os imigrantes experimentam com o aumentar dos anos no país, incluindo o processo de integração, fazendo com que os novos imigrantes tenham este efeito protetor na saúde mental; sendo que a segunda hipótese se relaciona com o facto de os imigrantes do Reino Unido serem muitas vezes provenientes de países em desenvolvimento ou devastados por guerras, o que faz com que essas pessoas tenham saído do país para procurar uma vida melhor, ou seja, a ida para o Reino Unido melhorou a sua qualidade de vida, logo também teve um impacto positivo na sua saúde mental. A análise da população nativa inglesa não-imigrante em relação aos imigrantes também demonstrou o HIE, uma vez que estes últimos mostraram uma saúde mental significativamente melhor do que os não-migrantes.

Stípková⁴⁹ conduziu um estudo sobre este tema num país onde a imigração não é predominante e as políticas nesta área são restritivas – a República Checa. Sendo que os vietnamitas são um dos maiores grupos de imigrantes, verificaram que o HIE está presente na saúde materna. As mulheres imigrantes têm um menor risco do seu filho nascer com baixo peso, comparativamente com as mulheres naturais da República Checa.

McDonald et al.⁵³ cruzaram dados estatísticos do Canadá sobre imigrantes com diagnósticos de cancro, num período de 13 anos. Concluíram que imigrantes de certas zonas têm uma menor probabilidade de um diagnóstico de cancro, por exemplo, a probabilidade de um imigrante sul asiático de ter cancro é metade do que a probabilidade de um imigrante dos EUA, para o mesmo diagnóstico de cancro. Os imigrantes masculinos asiáticos têm também menor probabilidade deste diagnóstico do que os homens de canadianos de descendência asiática. Aliás os imigrantes sul asiáticos, homens e mulheres, têm uma probabilidade significativamente menor de um diagnóstico de cancro relativamente aos outros grupos estudados, imigrantes dos EUA, Reino Unido/Inglaterra e naturais do Canadá, mais especificamente no que diz respeito ao cancro da próstata e mama, receptivamente, e em relação a cancro colo-rectal e do pulmão para ambos os sexos. Neste artigo também concluíram que o estado de saúde dos imigrantes converge para o nível dos naturais do país de acolhimento, mas num período significativamente superior, isto é, a partir dos 50 anos de estadia. Concluíram também que, como não existem diferenças consideráveis entre canadianos e imigrantes de segunda geração e uma vez que canadianos de descendência asiática também têm uma probabilidade menor de diagnóstico de cancro, as possíveis barreiras que existam para um diagnóstico oportuno como o idioma ou o desconhecimento relativamente ao funcionamento do sistema de saúde, que os novos imigrantes usualmente

experienciam, não interferem nas diferenças observadas entre cidadãos que nascem e imigram para o Canadá.

2.1 Direitos dos imigrantes

A migração de pessoas entre países é um fenómeno que existe desde sempre, no entanto, não existe um documento internacional suficientemente amplo e abrangente que discipline o comportamento dos países face a todas as variáveis presentes na migração. Para efeitos documentais, a migração internacional pode ter duas caracterizações: involuntária é caracterizada pela fuga a confrontos, perseguições e desastres ambientais independentemente da sua origem ou voluntária quando se destina à procura de melhores condições de vida e económicas. A primeira situação é protegida por instituições como o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados e, de forma geral, por três normais internacionais: o Direito Internacional dos Direitos Humanos, o Direito Internacional dos Refugiados e o Direito Internacional Humanitário; sendo que a segunda é protegida por resoluções da Assembleia Geral da ONU. Atualmente podem considerar-se dois documentos como marcos no direito internacional das migrações: *Declaração dos Direitos Humanos* (1948) e a *Convenção da ONU para a Proteção dos Trabalhadores Migrantes e seus Familiares* (1990). Esta última entrou em vigor a 1 de Julho de 2003, conforme o nº1 do artigo 87º, sendo que Portugal até Outubro de 2015 não tinha assinado ou ratificado esta convenção. Importante ressaltar que a imigração em Portugal tem seguido uma tendência positiva, tendo visto aumentar o número de residentes estrangeiros de 107.767 (1990) para 392.969 (2016), um aumento de 285.202 imigrantes, no espaço de 26 anos. Esta convenção assegura que sejam reconhecidos e aplicados os direitos aos trabalhadores migrantes, consagrando (parte VI) a “*promoção de condições saudáveis, equitativas, dignas e justas em matéria de migração internacional de trabalhadores e das suas famílias*”. Os artigos 25º, 28º, 43º, 45º, 70º ressaltam os direitos destes migrantes a condições de saúde e ao acesso a cuidados da mesma.⁵⁴⁻⁵⁶

Uma das seleções dos imigrantes que em alguns países corrobora o HIE é a seleção que existe na fronteira, ou seja, os critérios de permissão e de negação de entrada de imigrantes em território português.

Assim, segundo o artigo 32º da Lei n.º 23/2007, de 4 de julho que aprova o regime jurídico de entrada, permanência, saída e afastamento de estrangeiros do território nacional, a entrada de cidadãos estrangeiros pode ser recusada com base em situações

de saúde apenas se constituírem perigo ou grave ameaça para a saúde pública.⁵⁷ No entanto, esta recusa por motivos de saúde pública, como medida de proteção do território nacional, apenas se pode basear em doenças infecciosas ou parasitárias contagiosas ou outras doenças definidas pela OMS. Pode também ser exigido aos nacionais de países terceiros um exame médico, com o objetivo de atestar que não sofre de nenhuma das doenças anteriormente mencionadas, bem como da efetivação das medidas médicas adequadas.

Segundo o artigo 83º do mesmo documento, os titulares de autorização de residência em Portugal gozam de semelhantes direitos e deveres em relação aos cidadãos naturais portugueses, nomeadamente no que diz respeito ao acesso à saúde, segundo a alínea e) desse artigo. Tendo em conta que o artigo 64ª da Constituição da República Portuguesa afirma que a promoção da saúde é feita através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito e materializando o artigo 15º do mesmo documento que equipara os direitos dos estrangeiros residentes em Portugal com o gozo dos direitos e o cumprimento dos deveres a que estão sujeitos dos cidadãos portugueses, conclui-se que os imigrantes que residam de forma legal em Portugal têm o mesmo direito universal e gratuito aos serviços de saúde de que gozam os cidadãos portugueses.⁵⁸ Também a base XXV da Lei de Bases em Saúde (Lei nº 48/90, de 24 de Agosto) atesta que são beneficiários os cidadãos estrangeiros residentes em Portugal em condições de reciprocidade. Importa também ressaltar que de acordo com o artigo 13º da Constituição da República Portuguesa nenhum cidadão pode ser prejudicado ou privado de qualquer direito (nem isento de qualquer dever) por motivo de ascendência, raça, língua, território de origem, religião, convicções ideológicas, etc.⁵⁹

Posto isto, podemos afirmar que Portugal se encaixa no mesmo tipo de estudo realizado em Espanha por Gimeno-Feliu et al.⁴⁴, uma vez que ambos são países da EU e ambos têm sistemas de saúde semelhantes, pelo menos aquando da realização daquele estudo. Tal como esse artigo refere, são raros os trabalhos realizados neste âmbito em países da EU e que tenham serviços de saúde universais e gratuitos. Uma vez que o acesso restrito aos serviços de saúde por parte dos imigrantes é uma das hipóteses que ajudam a explicar o deteriorar da sua saúde com o aumento do período de estadia nos países de acolhimento e, sendo que essa restrição, em teoria, não acontece em Portugal, é importante saber quais os motivos que explicam esta degradação do estado de saúde dos imigrantes, nomeadamente, dos imigrantes do sudoeste asiático.

3. Metodologia

A investigação científica é um processo sistemático que permite examinar fenómenos com o objetivo de obter respostas a questões concretas. Existem duas características fundamentais que devem ser tidas em conta quando se inicia o processo de investigação: sistematização e rigor. Permite descrever, explicar e prever factos ou acontecimentos, estando ligada à teoria uma vez que tem a capacidade de a produzir ou verificar. Assim, escolheu-se a abordagem de investigação que melhor se adaptasse às questões colocadas.

3.1 Tipo de estudo

O estudo realizado neste trabalho é do tipo observacional transversal descritivo, da população portuguesa e imigrante de países extra EU presentes no Inquérito Nacional de Saúde de 2014 (INS2014). A escolha deste tipo de estudo prendeu-se com o objetivo de caracterizar as características demográficas e de saúde dos imigrantes, comparando-as com as da população portuguesa. Isto é, o objetivo é perceber se a teoria de que os imigrantes são mais saudáveis que os nativos num primeiro tempo, se verifica em Portugal e caso isso seja verdade perceber se as suas características se aproximam das dos portugueses com o aumento dos anos de residência. Na literatura, de uma forma geral, a metodologia adequada para testar este fenómeno parece ser um estudo longitudinal que acompanha os imigrantes durante um determinado período de tempo, conseguindo ter acesso ao seu percurso de vida e background sociocultural. No entanto, para efeitos deste trabalho, esse acompanhamento não seria viável. Na literatura, existe também uma separação aos 18 anos, uma vez que as crianças têm comportamentos no que diz respeito à saúde muito específicos que carecem de uma análise separada. Contudo, a idade, na base de dados utilizada para este estudo, já estava agrupada por grupos etários em que o primeiro tinha um intervalo entre os 15-19, não sendo possível fazer essa separação.⁶⁰

3.2 População em estudo

A população em estudo, como acima referido, é a população residente em Portugal Continental, presente no INS2014. Esta população foi separada em dois grupos:

- População portuguesa: todo o cidadão que possui nacionalidade portuguesa.

- População imigrante: todo o cidadão que possui nacionalidade estrangeira de um país extra EU, a residir em Portugal.

A população em estudo é constituída por 8292542 indivíduos residentes em Portugal Continental, dos quais 7793144 (94%) de nacionalidade portuguesa e 499398 (6%) de nacionalidade estrangeira de um país extra EU. No entanto, para o segundo e terceiro objetivos apenas foram analisados os indivíduos residentes na região de Lisboa e Vale do Tejo, ou seja, 2727568 (90%) de nacionalidade portuguesa e 301739 (10%) de nacionalidade estrangeira de um país extra EU. O estudo foi aplicado a esta região uma vez que é uma das que apresenta uma maior concentração de população imigrante, como descrito no capítulo 1.

3.3 Fonte de Informação

Os dados recolhidos são dados secundários, obtidos através da base de dados do Inquérito Nacional de Saúde 2014 cedidos pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) à Escola Nacional de Saúde Pública, para fins de investigação.

O INS 2014 foi um inquérito realizado pelo INE em colaboração com o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, entre os meses de setembro e dezembro de 2014, em todo o território nacional. O objetivo principal é caracterizar a população em três grandes domínios: estado de saúde, cuidados de saúde e determinantes de saúde relacionados com estilos de vida. É possível comprar os dados deste documento internacionalmente, uma vez que este inquérito foi harmonizado e regulamentado a nível europeu (Regulamento UE n.º 141/2013). Foram igualmente incluídas questões de matriz nacional, com o propósito de caracterizar o estado de saúde da população, nomeadamente sobre a saúde reprodutiva, consumo de alimentos, satisfação com a vida e incapacidade de longa duração, e comparabilidade com o INS 2005/2006. Os inquéritos nacionais de saúde são de base populacional nos quais os dados recolhidos têm por base a autoavaliação que cada indivíduo faz das variáveis que constam do documento para a caracterização do seu estado de saúde.⁶¹

3.4 Definição e operacionalização das variáveis

Os indicadores de saúde globais para efetivamente monitorizarem as alterações na saúde podem ser divididos em indicadores proximais e distais. Os primeiros avaliam diretamente o estado de saúde das populações, dos quais são exemplos as doenças, as mortes e a utilização dos serviços de saúde; os segundos avaliam os mesmos

indicadores, mas de uma forma indireta, podendo estes ser o desenvolvimento social e os indicadores de educação e pobreza.

Para que a saúde de uma população seja medida de forma útil, os indicadores escolhidos devem obedecer a certas características, sendo elas definição, validade, viabilidade e utilidade. Um ótimo indicador irá ter as quatro características. A primeira diz respeito à definição universal do indicador, para que este possa ser aplicado uniformemente; a segunda remete para a sua capacidade de replicação em diferentes cenários e espaços temporais; a terceira característica diz respeito à exequibilidade do indicador, não só a nível tecnológico como também económico; e a última característica refere-se à vantagem do indicador a longo-prazo, isto é, se irá ser proveitoso para futuras decisões e políticas públicas de saúde.^{62,63}

Os indicadores do estado de saúde mais utilizados nos países em desenvolvimento são a morbilidade, mortalidade e percursos de ambos. Enquanto nos países desenvolvidos os indicadores já têm em consideração o estilo de vida e o comportamento dos seus indivíduos, como a prática de exercício físico, o tabagismo, a dieta ou o abuso de substâncias. No que diz respeito aos países em desenvolvimento, a validade dos indicadores pode ser significativamente afetada pelas diferenças relativamente à noção dos conceitos de saúde e doença. Pode também existir algumas reticências em relação à viabilidade dos seus indicadores de saúde e às suas publicações sobre o estado de saúde da sua população, uma vez que, apesar dos mesmos fornecerem uma aproximação do estado de saúde das suas populações, muitas vezes os seus serviços de saúde sofrem limitações económicas e logísticas, que influenciam negativamente a recolha de informação. Segundo Larson et al. 2004⁶², os países que contam com restrições desta natureza podem considerar como opções, entre outras, as seguintes seleções de validade e utilidade dos seus indicadores:

- Utilizar um pequeno número de indicadores, com uma relevância importante e direta nas questões prioritárias de saúde;
- Utilizar definições internacionalmente aceites.

Em 1986 a Carta de Ottawa⁶⁴ para a Promoção da Saúde implementou um quadro conceptual para as vertentes da saúde como um todo, ou seja, dizia que “a saúde é um conceito positivo, que acentua os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Em consequência, a Promoção da Saúde não é uma responsabilidade exclusiva do sector da saúde, pois exige estilos de vida saudáveis para atingir o bem-estar”. Assim, a saúde tem três dimensões: social (ambiente social e económico), psicológica (saúde mental) e física (doenças, mortes, incapacidades, etc.)⁶⁴

É consensual na literatura e na comunidade científica a limitação de medidas únicas para avaliar o estado de saúde de uma população, no entanto, está longe um acordo sobre os melhores indicadores na avaliação da saúde pública. Como as medidas utilizadas podem avaliar várias coisas, a sua preferência pode refletir os valores que aquela sociedade determina como importantes. Assim, optando por indicadores de morbidade mostra que a importância da dor e da qualidade de vida é a mesma que a da mortalidade. Escolher os anos de vida potencialmente perdidos refere uma preocupação com as mortes prematura. E se se selecionar medidas que não captam os aspetos indiretos do estado de saúde, como a deterioração da qualidade de vida, sugere que este tipo de indicadores não são tão importantes quanto os tracionais e mais objetivos. Ou seja, num determinado estudo pode ser mais importante escolher os que medem diretamente o estado de saúde e não os que se relacionam com os determinantes da saúde, que antecedem e/ou explicam o processo até chegar ao estado de saúde que se observa naquela população.

De uma forma geral, todos os indicadores são construídos no sentido de conseguirem apontar um caminho para a implementação de medidas que visem a diminuição da carga de doença, das incapacidades e das taxas de mortalidade prematura. Ou seja, de uma forma geral, que melhorem a qualidade de vida da população em estudo.

De acordo com a literatura, o *“healthy immigrant effect”* existem diferenças significativas entre o sexo do indivíduo, a sua educação, a sua situação profissional e o seu nível económico. Neste estudo, serão utilizadas as variáveis sexo do respondente, nível de habilitações completado, condição perante a profissão, situação no trabalho e profissão principal e quintil de rendimento, respetivamente. As doenças crónicas, como a hipertensão e a diabetes, são geralmente os indicadores de um fenómeno que tem o nome de aculturação, no qual os imigrantes vão integrando os estilos de vida do país onde estão a residir (por exemplo, hábitos alimentares), perdendo o efeito protetor da sua cultura. Também os comportamentos de risco, como o tabagismo, refletem a perda deste efeito protetor, quer seja pela situação profissional precária (ou a falta dela), quer pelo sentimento de solidão (muitas vezes separados das famílias), quer pelo sentimento de ostracização relativamente à comunidade nativa. O acesso aos serviços de saúde, também um dos indicadores a ter em conta para a deterioração do estado de saúde ao longo do tempo, vai ter como variáveis a última consulta com o médico de medicina geral e familiar nos últimos 12 meses e o número de consultas com médico de medicina geral e familiar nas últimas quatro semanas.

Neste trabalho, a variável do estado de saúde foi construída a partir da variável *“autoapreciação do estado de saúde”*, ou seja, para um pior estado de saúde foram

agrupadas as categorias “Mau” e “Muito mau” e para um melhor estado de saúde foram agrupadas as categorias “Muito bom”, “Bom” e “Razoável”.

Posto isto, as variáveis foram escolhidas de forma a proporcionar a melhor resposta aos objetivos do estudo, como ilustrado em anexo.

3.4. Tratamento e análise de dados

A base de dados já se encontrava no formato do programa utilizado, SPSS versão 24 (Statistical Package for the Social Sciences) para macOS versão 10.13.2. Pelo número considerável de casos ($n = 8292542$), todos os resultados foram apresentados em percentagem (%).

O primeiro passo foi a seleção das variáveis a analisar, tendo em conta a sua pertinência (descrita no ponto 3.3) e a elaboração da matriz de dados. Após esta seleção, para responder ao primeiro objetivo, foram aplicados filtros nas variáveis País de nascimento e Região Nuts I, a fim de selecionar apenas os cidadãos de nacionalidade portuguesa e estrangeira de países extra EU residentes em Portugal Continental. Para responder ao segundo e terceiro objetivos foi criada uma nova base de dados com os filtros Região Nuts I, Região NUTS II (1989) e País de nascimento para que fossem selecionados apenas os residentes de nacionalidade portuguesa e estrangeira de um país extra EU na da região Lisboa e Vale do Tejo (pela razão enunciada no ponto 3.2).

Os dados foram analisados através de vários testes estatísticos. Primeiramente, para o primeiro objetivo foram realizadas tabelas de frequência, com o objetivo de caracterizar a população portuguesa e de nacionalidade estrangeira, relativamente às variáveis demográficas e de saúde. Para o segundo objetivo foram utilizadas igualmente tabelas de frequências para a mesma caracterização do primeiro objetivo e testes de independência (nível de significância = 5%), para verificar se as variáveis eram independentes da nacionalidade dos indivíduos. Para o terceiro objetivo foi aplicado o filtro “País de nascimento=10| (País de nascimento=22 & Tempo de residência em Portugal =2)” para selecionar apenas a população com nacionalidade portuguesa e a população de nacionalidade estrangeira de um país extra EU a residir em Portugal por um período igual ou superior a 5 anos. Com este filtro aplicou-se novamente um teste de independência (nível de significância = 5%) para perceber se as características de saúde da população estrangeira se aproximavam das da população portuguesa com o aumento dos anos de residência em Portugal. Foi realizado duas análises com regressão logística, com intervalo de confiança a 95% (I.C 95%). Na primeira foi utilizado o “estado de saúde” como variável dependente e a subpopulação o país de nascimento,

para perceber o grau de associação entre as variáveis estudadas e a condição de ser imigrante e na segunda foi testada a associação entre o “estado de saúde” e o tempo de residência dos imigrantes em Portugal.

3.5 Considerações Éticas

Este estudo assenta numa base de dados nacional e anonimizada, cedida à Escola Nacional de Saúde Pública para efeitos de investigação, sendo que, por esse motivo, as questões de anonimato dos indivíduos que integram a base de dados não se colocam. A confidencialidade dos dados foi assegurada, uma vez que apenas pessoas autorizadas tiveram acesso aos dados brutos do estudo.

4. Resultados

Tabela 4 - Frequências (%) das características demográficas da população de naturalidade portuguesa e estrangeira de um país extra UE, em Portugal Continental, do INS2014.

Características demográficas da população portuguesa e imigrante de países de fora da EU, em Portugal Continental, em 2014						
Variáveis	Categorias	Portugueses	S.E	Imigrantes de países extra EU	S.E	p-value
Sexo	Masculino	46,9%	0,6%	47,2%	2,6%	0,891
	Feminino	53,1%	0,6%	52,8%	2,6%	
Grupo etário	15-24	12,5%	0,5%	10,9%	2,0%	<0,001
	25-34	13,6%	0,5%	14,2%	2,0%	
	35-44	16,6%	0,4%	26,1%	2,1%	
	45-54	16,5%	0,5%	26,7%	2,4%	
	55-64	15,5%	0,4%	13,3%	1,7%	
	65-74	12,9%	0,4%	4,9%	1,0%	
	75-84	9,3%	0,3%	3,0%	0,8%	
	≥85	3,2%	0,2%	0,9%	0,4%	
Estado civil legal	Solteiro	28,8%	0,6%	34,7%	2,5%	<0,001
	Casado	56,6%	0,6%	51,5%	2,6%	
	Viúvo	8,4%	0,3%	2,9%	0,6%	
	Divorciado	6,2%	0,3%	10,8%	1,5%	
Nível de habilitações completado	Pré-escolar (nenhum)	9,8%	0,3%	1,6%	0,5%	<0,001
	Básico 1º e 2º ciclo	35,8%	0,6%	17,8%	2,0%	
	Básico 3º ciclo	19,3%	0,5%	23,5%	2,2%	
	Secundário	18,6%	0,5%	32,8%	2,5%	
	Superior	16,6%	0,5%	24,3%	2,2%	
Condição perante o trabalho	Desempregado	11,7%	0,4%	19,3%	2,1%	<0,001
	Tem um emprego ou trabalho (incluiu trabalhador familiar não remunerado e em estágio profissional)	45,9%	0,6%	58,0%	2,6%	
	Reformado, com reforma antecipada ou cessou a atividade	26,5%	0,5%	9,2%	1,2%	
	Outra situação	15,9%	0,5%	13,5%	1,9%	

Características demográficas da população portuguesa e imigrante de países de fora da EU, em Portugal Continental, em 2014						
Variáveis	Categorias	Portugueses	S.E	Imigrantes de países extra EU	S.E	p-value
Situação na profissão	Trabalhador por conta própria	16,5%	0,7%	12,5%	2,0%	0,083
	Trabalhador por conta de outrem	83,5%	0,7%	87,5%	2,0%	
Profissão principal (ISCO-08 1 dig)	Não aplicável	54,9%	0,6%	42,1%	2,6%	<0,001
	Profissões das forças armadas	0,3%	0,1%	0,3%	0,3%	
	Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos	3,5%	0,2%	4,5%	0,9%	
	Especialistas das atividades intelectuais e científicas	8,6%	0,4%	11,1%	1,7%	
	Técnicos e profissões de nível intermédio	5,3%	0,3%	4,8%	1,2%	
	Pessoal administrativo	3,6%	0,2%	4,1%	1,1%	
	Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	6,8%	0,3%	10,2%	1,6%	
	Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta	1,5%	0,1%	0,7%	0,3%	
	Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	6,2%	0,3%	7,9%	1,4%	
	Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	4,5%	0,3%	3,0%	0,9%	

Características demográficas da população portuguesa e imigrante de países de fora da EU, em Portugal Continental, em 2014						
Variáveis	Categorias	Portugueses	S.E	Imigrantes de países extra EU	S.E	p-value
	Trabalhadores não qualificados	4,7%	0,3%	11,3%	1,7%	
Número de pessoas que vivem no agregado familiar, incluindo o respondente	1	10,3%	0,3%	10,3%	1,0%	0,001
	2	30%	0,5%	24,7%	2,0%	
	3	29,3%	0,6%	24,4%	2,2%	
	4	22,4%	0,6%	28,8%	2,5%	
	≥5	8,0%	0,4%	11,8%	2,1%	
Tipo de agregado	Uma pessoa	10,2%	0,2%	10,0%	1,0%	<0,001
	Pai/mãe com filho(s) menores de 25 anos	4,3%	0,2%	8,5%	1,4%	
	Casal sem filho(s) menores de 25 anos	23,4%	0,5%	16,3%	1,7%	
	Casal com filho(s) menores de 25 anos	32,7%	0,6%	36,0%	2,5%	
	Casal ou pai/mãe com filho(s) menores de 25 anos e outras pessoas	5,1%	0,3%	7,2%	1,7%	
	Outro tipo de agregado familiar	24,2%	0,6%	22,1%	2,4%	
Quintis do rendimento mensal líquido por adulto equivalente	1º quintil	19,3%	0,5%	22,6%	2,2%	0,003
	2º quintil	20,3%	0,5%	16,2%	1,9%	
	3º quintil	19,9%	0,5%	22,4%	2,3%	
	4º quintil	20,6%	0,5%	14,3%	1,9%	
	5º quintil	19,9%	0,5%	24,6%	2,1%	
Subsistema de assistência na doença	ADSE	67,0%	1,4%	78,1%	5,0%	0,013
	ADM	8,0%	0,9%	4,5%	2,3%	
	SAD/PSP	2,2%	0,4%	5,8%	3,2%	
	SAD/GNR	4,1%	0,6%	0,2%	0,2%	
	SAMS	10,4%	0,9%	9,3%	3,6%	
	Outro	8,3%	0,8%	2,0%	0,9%	
Tem seguro de saúde	Sim	19,6%	0,5%	23,5%	2,2%	0,068
	Não	80,4%	0,5%	76,5%	2,2%	

Notas: **p-value**: comparação entre naturalidades através do teste de independência do Qui-quadrado; **S.E**: Standard Error.

Tendo em conta a população portuguesa e imigrante extra EU, em Portugal, a naturalidade está diretamente relacionada com praticamente todas as variáveis estudadas, de salientar, a idade, estado civil, habilitações, situação profissional, agregado familiar, rendimentos e subsistema de saúde.

Tabela 5 - Frequências (%) das características demográficas da população de naturalidade portuguesa e estrangeira de um país extra UE, na região de Lisboa e Vale do Tejo, do INS2014.

Características demográficas da população portuguesa e imigrante de países de fora da EU, na região de Lisboa e Vale do Tejo, em 2014											
Variáveis	Categorias	Portugueses	S.E	Imigrantes de países extra EU	S.E	p-value (naturalidade)	Imigrantes extra EU (Tempo de residência em PT)				p-value (tempo residência em PT - cut off 5 anos)
							<5 anos	S.E	≥5 anos	S.E	
Sexo	Masculino	46,7%	1,2%	45,8%	3,7%	0,832	58,3%	19,1%	44,7%	3,8%	0,488
	Feminino	53,3%	1,2%	54,2%	3,7%		41,7%	19,1%	55,3%	3,8%	
Grupo etário	15-24	12,1%	0,9%	9,1%	2,7%	<0,001	46,4%	20,2%	6,9%	2,6%	0,002
	25-34	13,5%	0,9%	16,1%	2,8%		44,2%	20,4%	12,9%	2,6%	
	35-44	17,7%	0,8%	23,5%	2,9%		9,4%	9,3%	25,3%	3,1%	
	45-54	15,1%	0,8%	26,4%	3,3%		---	---	28,4%	3,6%	
	55-64	15,0%	0,8%	14,5%	2,5%		---	---	15,0%	2,6%	
	65-74	14,0%	0,7%	5,3%	1,4%		---	---	5,8%	1,6%	
	75-84	9,3%	0,6%	3,9%	1,3%		---	---	4,3%	1,4%	
	≥85	3,1%	0,4%	1,2%	0,7%		---	---	1,3%	0,8%	
Estado civil legal	Solteiro	30,1%		34,3%		0,048	62,8%	18,7%	31,1%	3,5%	0,275

Características demográficas da população portuguesa e imigrante de países de fora da EU, na região de Lisboa e Vale do Tejo, em 2014

Variáveis	Categorias	Portugueses	S.E	Imigrantes de países extra EU	S.E	p-value (naturalidade)	Imigrantes extra EU (Tempo de residência em PT)				p-value (tempo residência em PT - cut off 5 anos)
							<5 anos	S.E	≥5 anos	S.E	
	Casado	54,4%		51,9%			37,2%	18,7%	54,6%	3,8%	
	Viúvo	7,6%		3,4%			---	---	3,8%	1,1%	
	Divorciado	7,8%		10,4%			---	---	10,5%	2,2%	
Nível de habilitações completado	Pré-escolar (nenhum)	9,5%	0,6%	1,7%	0,8%	<0,001	---	---	1,9%	0,8%	0,214
	Básico 1º e 2º ciclo	29,2%	1,0%	22,8%	3,1%		5,6%	5,7%	23,5%	3,3%	
	Básico 3º ciclo	19,2%	0,9%	19,8%	2,9%		52,4%	20,1%	19,1%	3,0%	
	Secundário	20,9%	1,0%	31,2%	3,5%		26,7%	16,9%	32,2%	3,7%	
	Superior	21,2%	1,0%	24,5%	3,1%		15,3%	14,2%	23,4%	3,1%	
Condição perante o trabalho	Desempregado	10,1%	0,7%	21,2%	3,0%	<0,001	50,8%	20,3%	18,4%	2,9%	0,008
	Tem um emprego ou trabalho (incluiu trabalhador	47,5%	1,2%	59,1%	3,6%		15,3%	14,2%	62,4%	3,6%	

Características demográficas da população portuguesa e imigrante de países de fora da EU, na região de Lisboa e Vale do Tejo, em 2014											
Variáveis	Categorias	Portugueses	S.E	Imigrantes de países extra EU	S.E	<i>p-value</i> (naturalidade)	Imigrantes extra EU (Tempo de residência em PT)				<i>p-value</i> (tempo residência em PT - <i>cut off</i> 5 anos)
							<5 anos	S.E	≥5 anos	S.E	
	familiar não remunerado e em estágio profissional)										
	Reformado, com reforma antecipada ou cessou a atividade	27,6%	1,0%	11,1%	1,9%		---	---	12,3%	2,1%	
	Outra situação	14,8%	0,9%	8,6%	2,2%		33,9%	19,5%	7,0%	2,0%	
Situação na profissão	Trabalhador por conta própria	15,3%	1,2%	6,4%	2,2%	0,018	---	---	6,7%	2,3%	0,786
	Trabalhador por conta de outrem	84,7%	1,2%	93,6%	2,2%		100,0%	0,0%	93,3%	2,3%	

Características demográficas da população portuguesa e imigrante de países de fora da EU, na região de Lisboa e Vale do Tejo, em 2014											
Variáveis	Categorias	Portugueses	S.E	Imigrantes de países extra EU	S.E	p-value (naturalidade)	Imigrantes extra EU (Tempo de residência em PT)				p-value (tempo residência em PT - cut off 5 anos)
							<5 anos	S.E	≥5 anos	S.E	
Profissão principal (ISCO-08 1 dig)	Não aplicável	53,8%	1,2%	40,9%	3,6%	<0,001	84,7%	14,2%	37,6%	3,6%	0,639
	Profissões das forças armadas	0,7%	0,2%	0,5%	0,5%				0,6%	0,6%	
	Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos	3,6%	0,5%	2,7%	1,0%				3,0%	1,2%	
	Especialistas das atividades	11,2%	0,8%	11,6%	2,5%		15,3%	14,2%	11,2%	2,5%	

Características demográficas da população portuguesa e imigrante de países de fora da EU, na região de Lisboa e Vale do Tejo, em 2014

Variáveis	Categorias	Portugueses	S.E	Imigrantes de países extra EU	S.E	<i>p-value</i> (naturalidade)	Imigrantes extra EU (Tempo de residência em PT)				<i>p-value</i> (tempo residência em PT - cut off 5 anos)
							<5 anos	S.E	≥5 anos	S.E	
	intelectuais e científicas										
	Técnicos e profissões de nível intermédio	6,3%	0,6%	4,4%	1,7%				4,9%	1,8%	
	Pessoal administrativo	4,5%	0,5%	3,7%	1,5%				4,1%	1,6%	
	Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	7,0%	0,6%	11,1%	2,3%				11,7%	2,5%	
	Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da	1,0%	0,2%	0,6%	0,4%				0,7%	0,5%	

Características demográficas da população portuguesa e imigrante de países de fora da EU, na região de Lisboa e Vale do Tejo, em 2014

Variáveis	Categorias	Portugueses	S.E	Imigrantes de países extra EU	S.E	p-value (naturalidade)	Imigrantes extra EU (Tempo de residência em PT)				p-value (tempo residência em PT - cut off 5 anos)
							<5 anos	S.E	≥5 anos	S.E	
	pesca e da floresta					0,001					0,324
	Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	4,5%	0,5%	8,6%	2,1%				9,6%	2,3%	
	Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	3,1%	0,4%	1,4%	0,9%				0,8%	0,6%	
	Trabalhadores não qualificados	4,3%	0,5%	14,4%	2,7%				15,9%	2,9%	
	1	12,2%	0,5%	12,2%	1,6%	0,001	---	---	13,6%	1,7%	0,324

Características demográficas da população portuguesa e imigrante de países de fora da EU, na região de Lisboa e Vale do Tejo, em 2014

Variáveis	Categorias	Portugueses	S.E	Imigrantes de países extra EU	S.E	p-value (naturalidade)	Imigrantes extra EU (Tempo de residência em PT)				p-value (tempo residência em PT - cut off 5 anos)
							<5 anos	S.E	≥5 anos	S.E	
Número de pessoas que vivem no agregado familiar, incluindo o respondente	2	31,5%	1,0%	23,3%	2,8%		18,1%	13,2%	23,5%	2,9%	
	3	28,6%	1,1%	22,5%	3,1%		52,8%	20,1%	22,6%	3,2%	
	4	21,8%	1,1%	29,8%	3,6%		29,2%	18,4%	26,8%	3,6%	
	≥5	5,9%	0,7%	12,2%	2,9%		---	---	13,6%	3,1%	
Tipo de agregado	Uma pessoa	12,1%	0,5%	11,8%	1,5%	0,021	---	---	13,0%	1,7%	0,812
	Pai/mãe com filho(s) menores de 25 anos	5,6%	0,5%	9,3%	2,0%		19,8%	14,3%	9,4%	2,2%	
	Casal sem filho(s) menores de 25 anos	24,1%	0,9%	14,7%	2,3%		12,5%	12,0%	14,3%	2,4%	

Características demográficas da população portuguesa e imigrante de países de fora da EU, na região de Lisboa e Vale do Tejo, em 2014

Variáveis	Categorias	Portugueses	S.E	Imigrantes de países extra EU	S.E	p-value (naturalidade)	Imigrantes extra EU (Tempo de residência em PT)				p-value (tempo residência em PT - cut off 5 anos)
							<5 anos	S.E	≥5 anos	S.E	
	Casal com filho(s) menores de 25 anos	34,2%	1,1%	33,6%	3,6%		44,5%	20,1%	33,4%	3,7%	
	Casal ou pai/mãe com filho(s) menores de 25 anos e outras pessoas	4,6%	0,6%	6,9%	2,3%		---	---	6,9%	2,4%	
	Outro tipo de agregado familiar	19,4%	1,0%	23,6%	3,5%		23,3%	19,5%	23,0%	3,6%	
Quintis do rendimento mensal líquido por	1º quintil	15,3%	0,8%	25,2%	3,3%	0,000	32,3%	17,6%	25,1%	3,4%	0,518
	2º quintil	15,4%	0,8%	14,3%	2,6%		9,4%	9,3%	13,6%	2,6%	
	3º quintil	18,2%	0,9%	22,9%	3,3%		43,0%	20,9%	23,4%	3,4%	

Características demográficas da população portuguesa e imigrante de países de fora da EU, na região de Lisboa e Vale do Tejo, em 2014											
Variáveis	Categorias	Portugueses	S.E	Imigrantes de países extra EU	S.E	p-value (naturalidade)	Imigrantes extra EU (Tempo de residência em PT)				p-value (tempo residência em PT - cut off 5 anos)
							<5 anos	S.E	≥5 anos	S.E	
adulto equivalente	4º quintil	23,4%	1,0%	11,9%	2,4%		15,3%	14,2%	11,5%	2,4%	
	5º quintil	27,7%	1,0%	25,7%	3,1%		---	---	26,4%	3,2%	
Subsistema de assistência na doença	ADSE	60,6%	2,4%	77,3%	6,7%	0,031	100,0%	0,0%	75,6%	7,1%	0,969
	ADM	12,7%	1,7%	5,7%	3,4%		---	---	6,2%	3,6%	
	SAD/PSP	1,7%	0,6%	6,7%	4,4%		---	---	7,2%	4,7%	
	SAD/GNR	3,3%	1,0%	---			---	---	---	---	
	SAMS	12,3%	1,6%	8,6%	4,7%		---	---	9,3%	5,1%	
	Outro	9,5%	1,4%	1,7%	1,0%		---	---	1,8%	1,1%	
Tem seguro de saúde	Sim	29,3%	1,1%	23,6%	3,0%	0,092	---	---	24,1%	3,1%	0,159
	Não	70,7%	1,1%	76,4%	3,0%		100,0%	0,0%	75,9%	3,1%	

Notas: **p-value (naturalidade)**: comparação entre nacionalidades através do teste de independência do Qui-quadrado; **p-value (tempo de residência em PT cut off 5 anos)**: comparação entre tempos de residência em Portugal através do teste de independência do Qui-quadrado; **S.E**: Standard Error.

Tendo em conta a população portuguesa e imigrante extra EU, na região de Lisboa e Vale do Tejo, a nacionalidade está diretamente relacionada com idade, estado civil, habilitações, situação profissional, agregado familiar, rendimentos e subsistema de saúde. Contudo, o tempo de residência no país, para uma diferença de 5 anos, apenas se relaciona diretamente com a idade e parte da situação profissional.

Tabela 6 - Frequências (%) das características de saúde da população de naturalidade portuguesa e estrangeira de um país extra UE, na região de Lisboa e Vale do Tejo, do INS2014.

Características de saúde da população portuguesa e imigrante de países de fora da EU, na região de Lisboa e Vale do Tejo, em 2014											
Variável	Categorias	Portugueses	S.E	Imigrantes fora da EU	S.E	<i>p-value</i> (naturalidade)	Imigrantes extra EU Tempo de residência em PT				<i>p-value</i> (tempo residência em PT - <i>cut off</i> 5 anos)
							<5 anos	S.E	≥5 anos	S.E	
Autoapreciação do estado de saúde	Muito bom	14,4%	0,9%	18,4%	3,1%	0,031	35,1%	19,8%	18,8%	3,3%	0,509
	Bom	39,7%	1,1%	40,1%	3,6%		50,8%	20,3%	39,5%	3,7%	
	Razoável	33,5%	1,1%	36,8%	3,6%		14,2%	13,3%	37,3%	3,7%	
	Mau	9,3%	0,6%	4,0%	1,2%		---	---	4,4%	1,4%	
	Muito mau	3,1%	0,4%	0,7%	0,7%		---	---	---	---	
Sofre/sofreu de hipertensão arterial nos últimos 12 meses	Sim	24,6%	0,9%	22,6%	3,0%	0,549	---	---	23,2%	3,1%	0,169
	Não	75,4%	0,9%	77,4%	3,0%		100,0%	0,0%	76,8%	3,1%	
	Sim	8,8%	0,6%	5,8%	1,7%	0,158	---	---	5,7%	1,7%	0,520

Características de saúde da população portuguesa e imigrante de países de fora da EU, na região de Lisboa e Vale do Tejo, em 2014											
Variável	Categorias	Portugueses	S.E	Imigrantes fora da EU	S.E	p-value (naturalidade)	Imigrantes extra EU Tempo de residência em PT				p-value (tempo residência em PT - cut off 5 anos)
							<5 anos	S.E	≥5 anos	S.E	
Sofre/sofreu de diabetes nos últimos 12 meses	Não	91,2%	0,6%	94,2%	1,7%		100,0%	0,0%	94,3%	1,7%	
Última consulta com médico de medicina geral e familiar	Há menos de 12 meses	73,3%	1,1%	69,7%	3,4%	0,206	64,9%	19,8%	71,9%	3,4%	0,814
	Há 12 meses ou mais	26,0%	1,0%	28,8%	3,3%		35,1%	19,8%	26,4%	3,3%	
	Nunca	0,6%	0,2%	1,5%	0,6%		---	---	1,7%	0,7%	
Consulta com médico de medicina geral e familiar nas últimas 4 semanas (N.º)	0	64,8%	0,2%	71,7%	0,6%	0,586	72,2%	19,6%	70,7%	4,3%	0,629
	1	29,7%	1,2%	25,6%	4,0%		19,2%	17,8%	26,6%	4,2%	
	≥2	5,6%	0,6%	2,8%	1,4%		8,6%	8,9%	2,6%	1,4%	
	Abaixo do Peso	3,2%	0,4%	0,8%	0,5%	0,091	---	---	0,9%	0,5%	0,092

Características de saúde da população portuguesa e imigrante de países de fora da EU, na região de Lisboa e Vale do Tejo, em 2014											
Variável	Categorias	Portugueses	S.E	Imigrantes fora da EU	S.E	<i>p-value</i> (naturalidade)	Imigrantes extra EU Tempo de residência em PT				<i>p-value</i> (tempo residência em PT - <i>cut off</i> 5 anos)
							<5 anos	S.E	≥5 anos	S.E	
Índice de Massa Corporal (IMC)	Peso Normal	45,4%	1,2%	49,2%	3,7%		94,4%	5,7%	45,9%	3,9%	
	Pré- obesidade	36,3%	1,1%	32,4%	3,4%		5,6%	5,7%	34,7%	3,6%	
	Obesidade Classe I	11,9%	0,7%	12,8%	2,4%		---	---	14,0%	2,6%	
	Obesidade Classe II	2,6%	0,3%	4,8%	1,7%		---	---	4,5%	1,7%	
	Obesidade Classe III	0,6%	0,2%	---	---		---	---	---	---	
Condição perante o consumo de tabaco	Fuma	21,9%	1,0%	18,3%	2,7%	0,097	9,4%	9,3%	19,8%	3,0%	0,211
	Já fumou, mas atualmente não fuma	23,8%	1,0%	19,2%	3,0%		---	---	20,4%	3,2%	
	Não fuma	54,3%	1,2%	62,5%	3,6%		90,6%	9,3%	59,8%	3,8%	

Notas: **p-value (naturalidade)**: comparação entre nacionalidades através do teste de independência do Qui-quadrado; **p-value (tempo de residência em PT cut off 5 anos)**: comparação entre tempos de residência em Portugal através do teste de independência do Qui-quadrado; **S.E**: Standard Error.

Nas características de saúde, da população portuguesa e imigrante extra EU, na região de Lisboa e Vale do Tejo, a naturalidade está diretamente relacionada apenas com a autoapreciação do estado de saúde, existindo, no entanto, valores com alguma expressividade, nomeadamente nas variáveis do IMC e do consumo de tabaco. Relativamente ao tempo de residência no país, para uma diferença de 5 anos, não apresenta valores estatisticamente significativos, com exceção do IMC, que apresenta novamente um valor limiar. Contudo os resultados foram os esperados, uma vez que os imigrantes se apresentam mais saudáveis do que os portugueses e com o aumento do tempo de residência em Portugal, a sua saúde vai piorando, nas diversas variáveis.

Tabela 7 - Odds ratio brutos para um pior “Estado de saúde” em relação a variáveis demográficas, para portugueses e imigrantes extra EU.

População portuguesa						População imigrante extra EU			
Variável		S.E	p-value	Exp (B)	I.C. a 95% para Exp (B)	S.E	p-value	Exp (B)	I.C. a 95% para Exp (B)
Sexo do respondente	Homem	0,138	<0,001	0,524	]0,400; 0,686[	0,638	0,564	0,692	]0,198; 2,418[
	Mulher	*	*	*	*	*	*	*	*
Grupo etário	15-54	*	*	*	*	*	*	*	*
	55-74	0,206	<0,001	8,093	]5,403; 12,121[	0,707	0,001	9,607	]2,400; 38,459[
	≥75	0,217	<0,001	18,188	]11,874; 27,861[	1,190	0,142	5,746	]0,557; 59,268[
Estado civil legal	Casado	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
	Solteiro	0,236	<0,001	0,281	]0,177; 0,446[	0,744	0,626	1,436	]0,334; 6,174[
	Viúvo	0,162	<0,001	2,939	]2,141; 4,035[	1,171	0,246	3,888	]0,391; 38,654[
	Divorciado	0,235	0,012	0,554	]0,349; 0,879[	0,776	0,531	1,627	]0,355; 7,458[
Nível de habilitações completado	Pré-escolar (nenhum)	*	*	*	*	*	*	*	*

População portuguesa						População imigrante extra EU			
Variável		S.E	p-value	Exp (B)	I.C. a 95% para Exp (B)	S.E	p-value	Exp (B)	I.C. a 95% para Exp (B)
	Básico 1º e 2º ciclo	0,163	<0,001	0,369	]0,268; 0,507[	1,231	0,326	0,298	]0,027; 3,332[
	Básico 3º ciclo	0,257	<0,001	0,110	]0,066; 0,181[	1,384	0,064	0,077	]0,005; 1,158[
	Secundário	0,342	<0,001	0,035	]0,018; 0,069[	1,290	0,029	0,059	]0,005; 0,744[
	Superior	0,353	<0,001	0,030	]0,015; 0,060[	1,240	0,023	0,060	]0,005; 0,682[
Condição perante o trabalho (autoclassificação)	Desempregado	0,308	0,054	0,553	]0,302; 1,011[	1,148	0,385	0,369	]0,039; 3,498[
	Tem um emprego ou trabalho (inc. trabalhador familiar não remunerado e em estágio profissional)	0,257	<0,001	0,235	]0,142; 0,390[	1,334	0,169	0,159	]0,012; 2,179[
	Reformado, com reforma antecipada ou cessou a atividade	0,199	<0,001	3,127	]2,115; 4,624[	1,129	0,309	3,155	]0,345; 28,865[
	Outra situação	*	*	*	*	*	*	*	*
	1	0,437	0,024	2,678	]1,136; 6,312[	1,102	0,596	1,794	]0,207; 15,574[

População portuguesa						População imigrante extra EU			
Variável		S.E	p-value	Exp (B)	I.C. a 95% para Exp (B)	S.E	p-value	Exp (B)	I.C. a 95% para Exp (B)
Nº de pessoas que vivem no agregado familiar, incluindo o respondente	2	0,436	0,038	2,473	]1,052; 5,814[	1,172	0,967	1,049	]0,105; 10,432[
	3	0,459	0,995	1,003	]0,407; 2,467[	1,341	0,602	0,497	]0,036; 6,888[
	4	0,513	0,040	0,348	]0,127; 0,952[	1,447	0,499	0,376	]0,022; 6,418[
	≥5	*	*	*	*	*	*	*	*
Quintis do rendimento mensal líquido por adulto equivalente	1º e 2º quintis	0,172	0,066	1,373	]0,979; 1,925[	0,850	0,362	2,171	]0,410; 11,488[
	3º quintil	*	*	*	*	*	*	*	*
	4 e 5º quintis	0,182	<0,001	0,431	]0,302; 0,616[	0,964	0,754	0,739	]0,112; 4,897[

Notas: **p-value**: teste de independência do Qui-quadrado; **S.E**: Standard error; *: valor de referência.

Tabela 8 - Odds ratio brutos para um pior “Estado de saúde” em relação a variáveis demográficas, para portugueses e imigrantes extra EU.

		População portuguesa				População imigrante extra EU			
Variável	Categorias	S.E	p-value	Exp (B)	I.C. a 95% para Exp (B)	S.E	p-value	Exp (B)	I.C. a 95% para Exp (B)
Autoapreciação da saúde	Muito bom								
	Bom								
	Razoável								

		População portuguesa				População imigrante extra EU			
Variável	Categorias	S.E	<i>p-value</i>	Exp (B)	I.C. a 95% para Exp (B)	S.E	<i>p-value</i>	Exp (B)	I.C. a 95% para Exp (B)
	Mau								
	Muito mau								
Sofre/sofreu de hipertensão arterial nos últimos 12 meses	Sim	0,135	<0,001	5,461	]4,191; 7,116[	0,637	<0,001	9,611	]2,758; 33,488[
	Não	*	*	*	*	*	*	*	*
Sofre/sofreu de diabetes nos últimos 12 meses	Sim	0,163	<0,001	5,554	]4,033; 7,649[	0,765	0,004	9,343	]2,084; 41,894[
	Não	*	*	*	*	*	*	*	*
Índice de Massa Corporal (IMC)	Abaixo do peso	0,443	0,984	1,009	]0,423; 2,403[	1,269	0,140	6,519	]0,541; 78,490[
	Peso normal	*	*	*	*	*	*	*	*
	Pré-obesidade	0,152	0,031	1,389	]1,031; 1,870[	0,676	0,360	1,856	]0,493; 6,992[
	Obesidade classe I	0,197	<0,001	2,415	]1,640; 3,555[	1,018	0,422	2,264	]0,307; 16,668[

Variável	Categorias	População portuguesa				População imigrante extra EU			
		S.E	<i>p-value</i>	Exp (B)	I.C. a 95% para Exp (B)	S.E	<i>p-value</i>	Exp (B)	I.C. a 95% para Exp (B)
	Obesidade classe II	0,301	<0,001	3,855	]2,138; 6,954[	1,156	0,137	5,589	]0,579; 53,951[
	Obesidade classe III	0,622	0,274	1,975	]0,583; 6,683[---	---	---	---
Condição perante o consumo de tabaco	Fuma	0,213	<0,001	0,409	]0,269; 0,621[	0,875	0,345	0,438	]0,079; 2,434[
	Já fumou, mas atualmente não fuma	0,169	0,007	0,632	]0,454; 0,879[	0,676	0,067	3,453	]0,918; 12,984[
	Não fuma	*	*	*	*	*	*	*	*

Notas: **p-value**: teste de independência do Qui-quadrado; **S.E**: Standard error; *: valor de referência.

Também os odds ratio para um pior estado de saúde mostraram que a população imigrante extra EU tem maior probabilidade de sofrer de hipertensão e diabetes, com valores significativos do ponto de vista estatístico, em ambos os casos.

Tabela 9 - Frequências (%) das características demográficas da população de naturalidade portuguesa e estrangeira de um país extra UE, na região de Lisboa e Vale do Tejo, do INS2014.

Características demográficas da população de naturalidade portuguesa e estrangeira de um país extra EU que residem no país há mais de 5 anos, na região de Lisboa e Vale do Tejo						
Variáveis	Categorias	Portugueses	S.E	Imigrantes de países extra EU	S.E	p-value
Sexo	Homem	46,7%	1,2%	44,7%	3,8%	0,618
	Mulher	53,3%	1,2%	55,3%	3,8%	
Grupo etário	15-24	12,1%	0,9%	6,9%	2,6%	<0,001
	25-34	13,5%	0,9%	12,9%	2,6%	
	35-44	17,7%	0,8%	25,3%	3,1%	
	45-54	15,1%	0,8%	28,4%	3,5%	
	55-64	15,0%	0,8%	15,0%	2,6%	
	65-74	14,0%	0,7%	5,8%	1,6%	
	75-84	9,3%	0,6%	4,3%	1,4%	
	≥85	3,1%	0,4%	1,3%	0,8%	
Estado civil legal	Solteiro	30,1%	1,1%	31,1%	3,5%	0,128
	Casado	54,4%	1,2%	54,6%	3,8%	
	Viúvo	,6%	0,5%	3,8%	1,1%	
	Divorciado	7,8%	0,5%	10,5%	2,2%	
Nível de habilitações completado	Pré-escolar (nenhum)	9,5%	0,6%	1,9%	0,8	<0,001

Características demográficas da população de naturalidade portuguesa e estrangeira de um país extra EU que residem no país há mais de 5 anos, na região de Lisboa e Vale do Tejo						
Variáveis	Categorias	Portugueses	S.E	Imigrantes de países extra EU	S.E	p-value
	1º e 2º ciclo básico	29,2%	1,0%	23,5%	3,3%	
	3º ciclo básico	19,2%	0,9%	19,1%	3,0%	
	Secundário	20,9%	1,0%	32,2%	3,7%	
	Superior	21,2%	1,0%	23,4%	3,1%	
Condição perante o trabalho	Desempregado	10,1%	0,7%	18,4%	2,9%	<0,001
	Tem emprego ou trabalho (inc. trabalhador familiar não remunerado e em estágio profissional)	47,5%	1,2%	62,4%	3,6%	
	Reformado, com reforma antecipada ou cessou a atividade	27,6%	1,0%	12,3%	2,1%	
	Outra situação	14,8%	0,9%	7,0%	2,0%	
Situação na profissão	Trabalhador por conta própria	15,3%	1,2%	6,7%	2,3%	0,010
	Trabalhador por conta de outrem	84,7%	1,2%	93,3%	2,3%	
Profissão principal (ISCO-08 1 dig)	Não aplicável	53,8%	1,2%	37,6%	3,6%	<0,001
	Profissões das forças armadas	0,7%	0,2%	0,6%	0,6%	
	Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos	3,6%	0,5%	3,0%	1,2%	

Características demográficas da população de nacionalidade portuguesa e estrangeira de um país extra EU que residem no país há mais de 5 anos, na região de Lisboa e Vale do Tejo						
Variáveis	Categorias	Portugueses	S.E	Imigrantes de países extra EU	S.E	p-value
	Especialistas das atividades intelectuais e científicas	11,2%	,8%	11,2%	2,5%	
	Técnicos e profissões de nível intermédio	6,3%	0,6%	4,9%	1,8%	
	Pessoal administrativo	4,5%	0,5%	4,1%	1,6%	
	Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	7,0%	0,6%	11,7%	2,5%	
	Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta	1,0%	0,2%	0,7%	0,5%	
	Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	4,5%	0,5%	9,6%	2,3%	
	Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	3,1%	0,4%	0,8%	0,6%	
	Trabalhadores não qualificados	4,3%	0,5%	15,9%	2,9%	
Número de pessoas que vivem no agregado familiar, incluindo o respondente	1	12,2%	0,5%	13,6%	1,7%	<0,001
	2	31,5%	1,0%	23,5%	2,9%	
	3	28,6%	1,1%	22,6%	3,2%	
	4	21,8%	1,1%	26,8%	3,6%	
	≥5	5,9%	0,7%	13,6%	3,1%	
Tipo de agregado	Uma pessoa	12,1%	0,5%	13,0%	1,7%	0,027

Características demográficas da população de naturalidade portuguesa e estrangeira de um país extra EU que residem no país há mais de 5 anos, na região de Lisboa e Vale do Tejo						
Variáveis	Categorias	Portugueses	S.E	Imigrantes de países extra EU	S.E	p-value
	Pai/mãe com filho(s) menores de 25 anos	5,6%	0,5%	9,4%	2,2%	
	Casal sem filho(s) menores de 25 anos	24,1%	0,9%	14,3%	2,4%	
	Casal com filho(s) menores de 25 anos	34,2%	1,1%	33,4%	3,7%	
	Casal ou pai/mãe com filho(s) menores de 25 anos e outras pessoas	4,6%	0,6%	6,9%	2,4%	
	Outro tipo de agregado familiar	19,4%	1,0%	23,0%	3,5%	
Quintis do rendimento mensal líquido por adulto equivalente	1º quintil	15,3%	0,8%	25,1%	3,4%	<0,001
	2º quintil	15,4%	0,8%	13,6%	2,6%	
	3º quintil	18,2%	0,9%	23,4%	3,4%	
	4º quintil	23,4%	1,0%	11,5%	2,4%	
	5º quintil	27,7%	1,0%	26,4%	3,2%	
Subsistema de assistência na doença	ADSE	60,6%	2,4%	75,6%	7,1%	0,039
	ADM	12,7%	1,7%	6,2%	3,6%	

Características demográficas da população de nacionalidade portuguesa e estrangeira de um país extra EU que residem no país há mais de 5 anos, na região de Lisboa e Vale do Tejo						
Variáveis	Categorias	Portugueses	S.E	Imigrantes de países extra EU	S.E	p-value
	SAD/PSP	1,7%	0,6%	7,2%	4,7%	
	SAD/GNR	3,3%	1,0%	---	---	
	SAMS	12,3%	1,6%	9,3%	5,1%	
	Outro	9,5%	1,4%	1,8%	1,1%	
Tem seguro de saúde	Sim	29,3%	1,1%	24,1%	3,1%	0,136
	Não	70,7%	1,1%	75,9%	3,1%	

Notas: **p-value**: teste de independência do qui-quadrado para a comparação entre a nacionalidade dos indivíduos; **S.E**: Standard Error.

Tabela 10 - Frequências (%) das características de saúde da população de naturalidade portuguesa e estrangeira de um país extra UE, na região de Lisboa e Vale do Tejo, do INS2014.

Características de saúde da população com naturalidade portuguesa e estrangeira de países extra EU, que residem em Portugal há mais de 5 anos, na região de Lisboa e Vale do Tejo						
Variável	Categorias	Portugueses	S.E	Imigrantes extra EU	S.E	<i>p-value</i> (naturalidade)
Autoapreciação do estado de saúde	Muito bom	14,4%	0,9%	18,8%	3,3%	0,012
	Bom	39,7%	1,1%	39,5%	3,7%	
	Razoável	33,5%	1,1%	37,3%	3,7%	
	Mau	9,3%	0,6%	4,4%	1,4%	
	Muito mau	3,1%	0,4%	---	---	
Sofre/sofreu de hipertensão arterial nos últimos 12 meses	Sim	24,6%	0,9%	23,2%	3,1%	0,681
	Não	75,4%	0,9%	76,8%	3,1%	
Sofre/sofreu de diabetes nos últimos 12 meses	Sim	8,8%	0,6%	5,7%	1,7%	0,151
	Não	91,2%	0,6%	94,3%	1,7%	
Última consulta com médico de medicina geral e familiar	Há menos de 12 meses	73,3%	1,1%	71,9%	3,4%	0,228
	Há 12 meses ou mais	26,0%	1,0%	26,4%	3,3%	
	Nunca	0,6%	0,2%	1,7%	0,7%	
Consulta com médico de medicina geral e familiar nas últimas 4 semanas (N.º)	0	64,8%	0,2%	70,7%	4,3%	0,256
	1	29,7%	1,2%	26,6%	4,2%	
	≥2	5,6%	0,6%	2,6%	1,4%	
Índice de Massa Corporal (IMC)	Abaixo do Peso	3,2%	0,4%	0,9%	0,5%	0,204
	Peso Normal	45,4%	1,2%	45,9%	3,9%	
	Pré-obesidade	36,3%	1,1%	34,7%	3,6%	

Características de saúde da população com naturalidade portuguesa e estrangeira de países extra EU, que residem em Portugal há mais de 5 anos, na região de Lisboa e Vale do Tejo						
Variável	Categorias	Portugueses	S.E	Imigrantes extra EU	S.E	p-value (naturalidade)
	Obesidade Classe I	11,9%	0,7%	14,0%	2,6%	
	Obesidade Classe II	2,6%	0,3%	4,5%	1,7%	
	Obesidade Classe III	0,6%	0,2%	---	---	
Condição perante o consumo de tabaco	Fuma	21,9%	1,0%	19,8%	3,0%	0,383
	Já fumou, mas atualmente não fuma	23,8%	1,0%	20,4%	3,2%	
	Não fuma	54,3%	1,2%	59,8%	3,8%	

Notas: **p-value**: teste de independência do qui-quadrado para a comparação entre a naturalidade dos indivíduos; **S.E**: Standard Error.

Como referido anteriormente, mais uma vez, o tempo de residência aproxima as características demográficas e de saúde da população portuguesa e imigrante extra EU.

Tabela 8 – Teste de independência das variáveis sociodemográficas, para um tempo de residência dos imigrantes extra EU em Portugal de 10 e 20 anos.

Variáveis	p-value (20 anos)	p-value (10 anos)
Sexo do respondente	0,257	0,704
Idade	<0,001	<0,001
Estado civil legal	0,015	0,064
Profissão principal (ISCO-08 1 dig)	0,026	0,610
Nº de pessoas que constituem o agregado	0,599	0,428
Tipo de agregado	0,346	0,533
Quintis do rendimento mensal líquido por adulto equivalente	<0,001	0,030
Habilitações completadas	0,006	0,026
Condição no trabalho	<0,001	0,294
Situação na profissão	0,050	0,670

Quintil de rendimentos	<0,001	0,056
Subsistema de assistência na doença	0,910	0,969
Tem seguro de saúde	0,074	0,108

Notas: **p-value**: teste de independência do Qui-quadrado

Tabela 11 - Teste de independência das variáveis de saúde, para um tempo de residência dos imigrantes extra EU em Portugal de 10 e 20 anos.

Variáveis	p-Value (20 anos)	p-Value(10 anos)
Autoapreciação do estado de saúde	0,392	0,043
Sofre/sofreu de hipertensão arterial nos últimos 12 meses	0,103	0,016
Sofre/sofreu de diabetes nos últimos 12 meses	0,355	0,183
Última consulta com médico de medicina geral e familiar	0,970	0,600
Número de consultas com médico de medicina geral e familiar nas últimas 4 semanas	0,245	0,165
IMC	0,531	0,194
Condição perante o tabaco	0,001	0,182

Notas: **p-value**: teste de independência do Qui-quadrado.

Tabela 12 - Odds ratio brutos e ajustados para um pior “Estado de saúde” em relação à naturalidade e ao tempo de residência, com as variáveis da naturalidade portuguesa (PT) e imigrante extra EU a residir em Portugal há 10 ou mais anos (IMIG≥10).

Variáveis	S.E	p-value	Exp (B)	I.C a 95% para Exp (B)
IMIG≥10	0,331	<0,001	0,142	]0,193; 0,707 [
PT	*	*	*	*

Ajustado pelo sexo e idade				
Variáveis	S.E	p-value	Exp (B)	I.C a 95% para Exp (B)
IMIG≥10	0,345	0,019	0,445	]0,226; 0,876 [
PT	*	*	*	*
Ajustado pelo sexo, idade e habilitações				
Variáveis	S.E	p-value	Exp (B)	I.C a 95% para Exp (B)
IMIG≥10	0,347	0,133	0,594	]0,301; 1,172[
PT	*	*	*	*
Ajustado pelo sexo, idade, habilitações e rendimentos				
Variáveis	S.E	p-value	Exp (B)	I.C a 95% para Exp (B)
IMIG≥10	0,346	0,086	0,552	]0,280; 1,088[
PT	*	*	*	*

Notas: **p-value**: teste de independência do Qui-quadrado; **S.E**: Standard error; *: valor de referência.

Tabela 13 - Odds ratio brutos e ajustados para um pior “Estado de saúde” em relação à naturalidade e ao tempo de residência, com as variáveis da naturalidade portuguesa (PT) e imigrante extra EU a residir em Portugal há 20 ou mais anos (IMIG≥20).

Variáveis	S.E	p-value	Exp (B)	I.C a 95% para Exp (B)
IMIG≥20	0,366	0,010	0,390	]0,190; 0,799[
PT	*	*	*	*

Ajustado pelo sexo e idade				
Variáveis	S.E	p-value	Exp (B)	I.C a 95% para Exp (B)
IMIG≥20	0,365	0,011	0,393	]0,192; 0,804[
PT	*	*	*	*
Ajustado pelo sexo, idade e habilitações				
Variáveis	S.E	p-value	Exp (B)	I.C a 95% para Exp (B)
IMIG≥20	0,387	0,021	0,410	]0,192; 0,875[
PT	*	*	*	*
Ajustado pelo sexo, idade, habilitações e rendimentos				
Variáveis	S.E	p-value	Exp (B)	I.C a 95% para Exp (B)
IMIG≥20	0,395	0,161	0,575	] 0,265; 1,247 [
PT	*	*	*	*

Notas: **p-value**: teste de independência do Qui-quadrado; **S.E**: Standard error; *: valor de referência.

Os odds ratio brutos e ajustados para um pior estado de saúde, comparando a população portuguesa com a população imigrante que reside há 10 e 20 anos ou mais, em Portugal, está ilustrado nas tabelas acima (12 e 13), onde se verifica um aumento da probabilidade de um pior estado de saúde, com o aumento do período de residência em Portugal.

5. Discussão

Este estudo teve como objetivo perceber se o “*healthy immigrant effect*” se verifica em Portugal. Para isso, foram comparadas características de saúde entre a população portuguesa e a população estrangeira de países extra EU, uma vez que os países mais representados em Portugal deste grupo são países em desenvolvimento e é em imigrantes destes países que esta teoria é mais notória.^{41,45}

A metodologia seguida neste estudo foi baseada no artigo de revisão de Vang et al.⁴¹, utilizando um inquérito de base populacional (INS2014), a naturalidade para definir as duas populações (portuguesa e imigrante), o estado de saúde percecionado, as doenças crónicas (hipertensão e diabetes) e os comportamentos de risco (álcool e obesidade). No entanto, estas características são as mais utilizadas nos artigos de revisão da literatura sobre o tema.^{42,44,45,47,51,60,65}

Observou-se, como esperado, pelos relatórios oficiais de imigração, uma maior percentagem de imigrantes do sexo feminino em Portugal Continental, que se concentra na faixa etária dos 35-54 anos.^{20,28,66} São maioritários os casos com o ensino secundário completo, em contraste com a população portuguesa que se concentra no 1º e 2º ciclo básico. É no número de pessoas que compõem o agregado familiar que a população imigrante mais se destaca da população portuguesa, uma vez que os primeiros, vivem com 4 pessoas enquanto a população vivem apenas 2. Contudo, na composição do agregado, não há diferenças significativas, sendo que a maior frequência de respostas está em “casal com filho(s) menores de 25 anos”. Profissionalmente, a maioria dos imigrantes estão empregados, no entanto estão aqui incluídos trabalhos não remunerados e estágios, o que vai de encontro, o que vai de encontro à condição de trabalho por conta de outrem que é onde se encontra a esmagadora maioria. A profissão principal, segundo a ISCO (*International Standard Classification of Occupations*) é trabalhadores não qualificados, sendo que quase metade das respostas a esta questão foi “não aplicável”. Economicamente, a maioria, situa-se no 5º quintil de rendimento mensal, apenas um abaixo da população portuguesa. Relativamente a assistência na doença, 78,1% dos imigrantes beneficia do subsistema ADSE, o que pode explicar o facto da maioria não ter seguro de saúde.

Na região de Lisboa e Vale do Tejo, onde o estudo foi mais aprofundado, as características demográficas dos imigrantes não apresentam diferenças significativas

relativamente ao país. A maioria feminina mantém-se, bem como a faixa etária e o contexto socioeconómico.

A tendência verificada nas variáveis de saúde relativamente à naturalidade e ao tempo de residência dos imigrantes no país (*cut off* de 5 anos) foi de encontro ao esperado, com base na literatura. Isto é, imigrantes têm um melhor estado de saúde comparativamente à população portuguesa, no entanto, com o aumento dos anos no país, o estado de saúde tende a piorar, com exceção da diabetes. Observa-se uma pior autoavaliação do estado de saúde, aumento da prevalência da hipertensão, valores de IMC mais elevados, aparecimento de diagnósticos de diabetes e aumento do número de fumadores. A utilização dos serviços de saúde é menor nos imigrantes (última consulta no médico de medicina geral e familiar nos últimos meses), mas verifica-se um aumento de consultas nos últimos 12 meses, com o aumentar do tempo de residência em Portugal.

No entanto, as características de saúde não tiveram um resultado estatisticamente significativa relativamente à condição de imigrante, nem ao tempo de estadia em Portugal, com um *cut off* aos 5 anos. Este período de residência foi o utilizado num estudo espanhol⁴⁴, onde o sistema de saúde de assemelha ao nosso, no entanto, no entanto, o *cut off* varia entre 5^{44,67-69}, 10^{45,47,48,51,69-71}, 20^{42,47} e 50 anos (apenas para o cancro⁵³). Apenas a autoapreciação da saúde se mostrou significativa para a naturalidade e o IMC para um período de estadia de 5 anos. Contudo, este último mostra algumas diferenças entre portugueses e imigrantes, não existindo, por exemplo indivíduos imigrantes com obesidade classe III (IMC<40), o que está de acordo com a literatura^{45,65}, onde há evidência que o processo de aculturação, isto é, da adaptação de estilos de vida do país de acolhimento, que aumenta a sua intensidade de forma proporcional ao tempo de estadia, está associado com mudanças na dieta e nível de atividade física. A autoapreciação, por sua vez, mostrou resultados melhores nos imigrantes, ou seja, estes têm uma melhor avaliação da sua saúde, o que vai contra estudos que afirmam que os imigrantes têm maior probabilidade de avaliar a sua saúde como muito má, principalmente as mulheres.^{41,42,70} No entanto, existem igualmente estudos que verificam que os imigrantes avaliam a sua saúde de uma forma mais positiva do que os nativos, principalmente as mulheres, no entanto, também são as primeiras a piorar a avaliação da sua saúde com o tempo de estadia.^{42,44,45,47} Um estudo de Kwak 2016⁷¹ verificou esta tendência, realizando um estudo apenas entre adolescentes imigrantes e nativos e observou que os imigrantes avaliavam a sua saúde de uma forma mais positiva e que a mesma se ia deteriorando com o decorrer dos anos

no país de acolhimento, com especial enfoque no sexo feminino, que auto reportou pior a sua saúde mental com o aumentar dos anos de residência.

Como referido anteriormente, a diabetes, a hipertensão, as consultas e o consumo de tabaco não tiveram resultados estatisticamente significativos, apesar de serem observadas diferenças entre as frequências dos nativos e dos imigrantes e entre os tempos de estadia.

A diabetes mostrou-se menos frequente nos nativos do que nos imigrantes, diminuindo, no entanto, o que está de acordo com alguma literatura neste sentido⁴⁴, aumentando a sua prevalência com o tempo de estadia. Esta observação vai de encontro aos estudos que afirmam que os imigrantes têm maior risco de ter diabetes que os nativos e que a incidência da doença aumenta com o mesmo tempo de residência no país deste estudo.^{47,69} Contudo, alguns estudos também afirmam que, para esta doença, não existe uma vantagem clara na condição de imigrante.⁴⁸ Tendo em conta que é uma variável que se pode relacionar com o estilo de vida do indivíduo e tendo em conta que estes, através da mudança cultural e ambiental, também mudam, é expectável que tenha o mesmo comportamento que as outras variáveis de saúde, isto é, que se verifique um aumento da prevalência desta condição nos imigrantes com a sua estadia em Portugal.

Novamente em todas as restantes variáveis não é possível afirmar que exista uma relação entre estas e o tempo de residência (<5 e ≥5 anos) em Portugal. No entanto, se atentarmos nas frequências para os dois tempos de residência, observamos que todas tendem a aumentar negativamente de forma proporcional ao tempo de estadia, exceto a autoapreciação que aumenta de forma positiva. Existem mais pessoas que responderam que não sofriam de hipertensão nos últimos 12 meses com um tempo de estadia inferior a 5 anos, sendo que a percentagem de imigrantes que responderam favoravelmente a esta pergunta aumentou 6% com o aumento do tempo de residência. Também na diabetes, a percentagem de pessoas que responde que não sofre desta doença crónica diminui com o tempo e os que respondem favoravelmente aumenta^{42,44,45,69}, apresentando, no entanto, valores não significativos⁴¹. Alguns estudos apontam no sentido de ser preciso um intervalo de tempo maior, ou seja, defendem que as doenças crónicas apenas se verificam depois de 10 ou 20 anos de estadia no país^{41,42,45,47,51,69-71}, no entanto, neste trabalho esse resultado não se mostra estatisticamente significativo. A utilização dos serviços, verificado pelo proxy das consultas com médico de medicina geral e familiar, é menor na população imigrante o que pode ser justificado por motivos culturais, falta de conhecimento barreiras linguísticas⁴¹. Contudo, tende a aumentar com o tempo de estadia, tal como a literatura

indica, pode ser explicado por várias razões como a aprendizagem da língua e o conhecimento dos seus direitos.^{41,44}

Num contexto bivariado ser homem é mais protetor relativamente a ter um pior estado de saúde na população portuguesa do que na população imigrante, o que é expectável tendo em conta que a literatura aponta uma maior tendência para uma pior autoavaliação d saúde nas mulheres^{42,70}. Por sua vez, o aumento da idade, aumenta também a probabilidade de reportar um pior estado de saúde. Pelo contrário, o nível de habilitações é proporcionalmente protetor a ter um pior estado de saúde, ou seja, quanto maior o nível de habilitações menor a probabilidade de reportar um pior estado de saúde, uma vez que pessoas mais instruídas tendem a cuidar melhor da sua saúde, pois, em teoria, estarão mais informadas.^{45,70} Economicamente, os resultados mostram que quanto maior o quintil de rendimentos onde a pessoa se insere (4º e 5º quintis), maior a proteção contra um pior estado de saúde, na população portuguesa, sendo que na população imigrante os valores não são estatisticamente significativos. Esta situação está de acordo com a literatura, uma vez que é consensual a associação entre baixos rendimentos e pior estado de saúde.^{42,47,70-72}

Sofrer de alguma condição de saúde, aumenta a probabilidade de ter um pior estado de saúde, como é caso da hipertensão, da diabetes e da obesidade ($IMC \geq 30.0$), sendo mais elevada na população imigrante. Nos comportamentos de risco, como seria expectável, o consumo de tabaco aumenta igualmente a probabilidade de ter um pior estado de saúde, especialmente na população imigrante.^{41,42,45}

O terceiro e o último objetivo foi perceber se o estado de saúde da população imigrante proveniente de países extra EU, em 2014 se aproxima do estado de saúde da população portuguesa com o aumento dos anos de residência dos imigrantes no país. A análise estatística realizada para ir de encontro a este objetivo mostrou ter pertinência apenas com a divisão do tempo de estadia dos imigrantes em 10 e 20 anos, pelo que os resultados com a divisão a 5 anos não irão ser apresentados. Demograficamente, algumas das características dos imigrantes vão-se aproximando das da população portuguesa, existindo valores de associação que se tornam significativos como o caso do estado civil, rendimentos e do nível de habilitações. Relativamente à sua saúde, a hipertensão^{41,42,45} torna-se estatisticamente significativa num período de residência de 10 anos e o consumo de tabaco^{41,45}, num período de 20 anos.

Relativamente à evolução do estado de saúde dos imigrantes com o tempo de estadia em Portugal, a análise bivariada mostrou que é mais provável um imigrante ter pior estado de saúde do que um individuo de naturalidade portuguesa, aumentando esta

probabilidade com o tempo de estadia no país (10 e 20 anos), o que vai de encontro à literatura, reforçando a teoria do *healthy immigrant effect*. O processo de aculturação, a perda dos fatores protetores associados à saída do país de origem, as fracas condições de trabalho, o desencanto relativamente à melhoria das condições de vida que levou à saída do país de origem, o aumento das horas de trabalho relativamente às que tinha no país de origem, acumulado com a falta de relacionamentos e redes sociais, podem estar na origem da deterioração do estado de saúde e da forma como vêm a mesma.⁴⁷

A falta de informação sobre a naturalidade dos indivíduos estrangeiros foi uma limitação a este estudo, uma vez que a única informação disponível é que são de países extra UE, o que compreende países muito dispares relativamente ao nível de rendimento, à cultura e consequentemente aos estilos de vida (ex: EUA e Bangladesh). Esta limitação pode ter influencia nos resultados, uma vez que a teoria em causa é mais forte em imigrantes de países em desenvolvimento e neste estudo não conseguimos ter essa informação.⁴⁵ O estado de saúde foi codificado através da variável de autoapreciação do estado de saúde, a qual é utilizada em vários estudos deste tema^{41,42,45,47,65,68,70,71}, mas que não nos dá a carga de doença da população. A taxa de mortalidade é uma das variáveis que está presente na maioria dos artigos sobre o *healthy immigrant effect*^{41,44,45,49,69,73,74} e que não foi possível ter neste estudo, uma vez que não constava da base de dados utilizada. Contudo, esta é também responsável pelo *salmon bias*^{41,44,51,52,68}, ou seja, uma teoria que funciona como viés da primeira e que consiste no regresso dos imigrantes ao seu país de origem quando estão doentes, acabando por morrer lá, aumentando, assim, a ideia de os imigrantes serem mais saudáveis. A utilização da variável tempo de residência em Portugal pode ser um viés, uma vez que não sabemos se o tempo respondido foi consecutivo e quanto tempo esteve no país do qual é natural para haver efetivamente uma transição. Nos resultados apresentados, o cálculo do IMC foi feito da mesma forma para adultos e crianças (<20 anos), no entanto, foi realizada uma abordagem diferente e os resultados não se alteraram de forma relevante. Uma vez que na análise bivariada, apenas entram os indivíduos que tenham respondido a todas as questões que estão em análise e como existem algumas questões sem resposta (valores omissos), é provável que isso constitua também um viés aos resultados. As próximas investigações poderiam passar por tentar perceber de que forma é que esta evolução negativa ocorre e quais os determinantes que estarão por detrás deste fenómeno. Estudar os imigrantes de países em desenvolvimento, conhecendo a sua naturalidade, será também um caminho relevante, uma vez que, segundo a literatura, quanto mais dispares os países, maior a evidência do “*healthy immigrant effect*”. Em Portugal, seria interessante perceber a evolução do estado de

saúde dos imigrantes asiáticos, uma vez que é uma nacionalidade onde se verificou um rápido aumento de cidadãos no nosso país e sobre os quais existe pouca informação.

À luz do conhecimento atual, este estudo é o segundo em Portugal que testa esta teoria tendo em conta uma base populacional (INS14), sendo que o primeiro é o de Barros et al.⁶⁰ que utiliza o INS05-06. É o primeiro que se foca apenas na população extra EU, uma vez que é nestes que a cultura mais diverge da nossa e, portanto, é onde se espera um maior impacto na vida dos imigrantes desses países.

6. Conclusão

Este trabalho tem com objetivo verificar se o “*healthy immigrant effect*” ocorre, em Portugal, nos imigrantes de países fora do contexto europeu, ou seja, extra UE. Os estudos que abordam o tema indicam que os imigrantes são mais saudáveis do que os naturais do país de acolhimento aquando da sua chegada, no entanto, o seu estado de saúde tende a deteriorar-se convergindo ou ultrapassando os naturais desse país. Há vários fatores que podem influenciar esta situação, nomeadamente a autosseleção dos imigrantes que consiste na ideia de que só os mais saudáveis e resilientes são capazes de se submeter e ultrapassar com sucesso o processo de migração; no entanto, o choque de culturas, nomeadamente na dieta e no estilo de vida; as más condições de habitação e de trabalho que ali encontram; e a pouca utilização dos cuidados de saúde, muitas vezes por falta de acesso, fazem com que o perfil de saúde característico das populações do seu país se altere e o seu estado de saúde piore.

Este estudo em particular fornece evidência sobre o *healthy immigrant effect* na população imigrante extra EU, do qual ainda se sabe pouco em Portugal. A comparação foi feita com a população portuguesa, com características demográficas idênticas, de forma a verificar se, de facto, a saúde dos imigrantes aquando da sua chegada a Portugal é melhor do que a dos portugueses (nos indicadores selecionados) e/ou se esta tende a deteriorar-se com o decorrer da estadia dos imigrantes no país. Existe evidência de que efetivamente os imigrantes pioram a sua saúde proporcionalmente ao tempo de estadia em Portugal, sendo que quanto maior o tempo de estadia maior a probabilidade de terem doenças crónicas e consumos de risco. Por sua vez, os resultados sobre a utilização dos serviços, apesar de ir de encontro à literatura, não foram totalmente conclusivos, uma vez que apenas foi utilizada uma variável para este parâmetro.

Em Portugal já existem estudos que abordam o tema, no entanto, estes são dirigidos à população africana, uma vez que, até há relativamente pouco tempo, era uma das populações imigrantes mais numerosas no país. Essa tendência tem vindo a alterar-se nos últimos anos, dando origem a um rápido e significativo aumento de outras nacionalidades, como é o caso da população asiática, especialmente na freguesia de Santa Maria Maior, no concelho de Lisboa.

Em termos de saúde pública, a análise do estado de saúde da população imigrante de países extra EU em Portugal afigura-se importante, tendo em conta o aumento significativo desta população nos últimos anos, mantendo-se atualmente essa

tendência. Também o distinto perfil de saúde que caracteriza esses indivíduos, especialmente os que são provenientes de países em desenvolvimento e com uma cultura profundamente diferente da que estamos familiarizados em Portugal, se torna importante conhecer e perceber a sua influência a longo prazo no sistema de saúde do nosso país. Com eles trazem estilos de vida e valores característicos que devem ser tidos em conta e respeitados no processo de integração dos mesmos na vida portuguesa, sendo o estado de saúde um forte indicador do processo de integração de um imigrante no novo país.

Os resultados deste estudo irão, naturalmente, contribuir para aumentar a evidência subjacente às políticas de saúde, relativamente à saúde dos imigrantes e ao acesso dos mesmos a cuidados de saúde. Abordar as questões e riscos de saúde dos imigrantes com base em estudos de base populacional, com vista à promoção da saúde, apresenta maior utilidade, do que apenas em casos de emergência e controlo de epidemias de doenças infecciosas ou com base no estatuto legal dos imigrantes.

7. Referências Bibliográficas

1. International Organization for Migration. Global migration trends 2015: factsheet. Berlin: Global Migration Data Analysis Centre. International Organization for Migration; 2017. 19 p.
2. Kunzig R. The New Europeans: voices from a changing continent: how the latest great migration is reshaping Europe. 2016 [cited 2017 Jul 10]; Available from: <http://www.nationalgeographic.com/magazine/2016/10/europe-immigration-muslim-refugees-portraits/>
3. United Nations. Department of Economic and Social Affairs. International migration report 2015: highlights. Washington, DC: Population Division. Department of Economic and Social Affairs; 2016.
4. Department of Economic and Social Affairs. International migration report 2015 [Internet]. New York: United Nations; 2016. 32 p. Available from: http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/docs/MigrationReport2015_Highlights.pdf
5. OECD. Is migration really increasing? [Internet]. Migration Policy Debates. 2014. 1-4 p. Available from: <http://www.oecd.org/berlin/Is-migration-really-increasing.pdf>
6. The World Bank. High Income [Internet]. Washington, DC: The World Bank; 2016 [cited 2017 Jul 10]. Available from: <http://data.worldbank.org/income-level/high-income>
7. The World Bank. Migration and remittances: factbook 2016 [Internet]. 3rd ed. Washington, DC: International Bank for Reconstruction and Development. The World Bank; 2016 [cited 2017 Jul 10]. 273 p. Available from: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/23743/9781464803192.pdf>
8. Dragostinova T. Refugees or immigrants? The migration crisis in Europe in historical perspective. Orig Curr Events Hist Perspect [Internet]. 2016;9(4):1–2.

[cited 2017 Jul 10]. Available from: <http://origins.osu.edu/article/refugees-or-immigrants-migration-crisis-europe-historical-perspective>

9. Jean-Pierre Lehmann. Refugees and migrants: Europe's past history and future challenge. *Forbes* [Internet]. 2015 [cited 2017 Jul 10]; Available from: <https://www.forbes.com/sites/jplehmann/2015/09/02/refugees-migrants-europes-past-history-and-future-challenge/#74799a9fa7d4>
10. Bonifazi C, Okólski M, Schoorl J, Simon P. International migration in Europe: new trends and new methods of analysis. Amsterdam: Amsterdam University Press; 2008. 333 p.
11. Sturm-Martin I. Migration in European history. In: EUI Forum on Migration, Citizenship and Demography: The 'Lampedusa Dilemma': Senior Lecturer Global Flows and Closed Borders: What should Europe do? EUI, Florence, 17-18 November 2014. San Domenico di Fiesole, Italy: European University Institute. The Robert Schuman Centre for Advanced Studies. The Max Weber Programme; 2014. [cited 2017 Jul 10]. Available from: <http://www.eui.eu/Documents/RSCAS/PapersLampedusa/FORUMSturm-Martinfinal.pdf>
12. Migration Policy Institute. Europe [Internet]. Washington, DC: Migration Policy Institute; 2017 [cited 2017 Jul 10]. Available from: <http://www.migrationpolicy.org/regions/europe>
13. de Haas H, Natter K, Vezzoli S. Growing restrictiveness or changing selection? The nature and evolution of migration policies. *Int Migr Rev* [Internet]. 2016 Jul [cited 2017 Jul 10]; Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/imre.12288>
14. International Organization for Migration. How the world views migration. Geneva: International Organization for Migration; 2015. 59 p.
15. Fonseca ML. Imigração, diversidade e novas paisagens étnicas e culturais. Lisboa: Observatório das Migrações. Alto-Comissariado para as Migrações; 2008.
16. Malheiros JM. Diagnóstico da população imigrante em Portugal: desafios e potencialidades [Internet]. Lisboa: Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural; 2013. Available from: http://www.oi.acidi.gov.pt/docs/Col Portugal Imigrante/portugal_imigrante_estudo_nacional_2012.pdf

17. Decreto-Lei n.º 308-A/75. DG. I Série (24.06.1975) 862-(7)-862-(8) [Internet]. [cited 2018 Mar 2]. Available from: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/530841/details/normal?q=Decreto-Lei+308-A%2F75>
18. Baganha MI, Góis P, Pereira P. International migration from and to Portugal: what do we know and where are we going? In: Zimmermann KF, editor. European Migration: What do We Know? New York: Oxford University Press; 2005. p. 415–58.
19. Pordata. População estrangeira com permanência regular em % da população residente: total e por sexo: Portugal [Internet]. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos; 2018 [cited 2018 Feb 24]. Available from: <http://www.pordata.pt/Portugal/População+estrangeira+com+permanência+regular+em+percentagem+da+população+residente+total+e+por+sexo-533>
20. Ribeiro MJ, Estrela J, Machado R. Relatório de imigração, fronteiras e asilo 2016. Oeiras: Serviço de Estrangeiros e Fronteiras; 2017. 73 p.
21. Instituto Nacional de Estatística. Estatísticas Demográficas 2016. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística; 2017. 177 p.
22. Instituto Nacional de Estatística. População estrangeira com estatuto legal de residente (n.º) por local de residência (NUTS - 2013), sexo e nacionalidade (grupos de países): anual [Internet]. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística; 2018 [cited 2018 Feb 24]. Available from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0009107&contexto=bd&selTab=tab2
23. Decreto-Lei n.º 237-A/2006. DR I Série (14.12.2006) 8388(2)-8388(16) [Internet]. [cited 2017 Jun 21]. Available from: http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=895&tabela=leis&so_miolo=
24. Oliveira CR, Gomes N, Santos T. Acesso à nacionalidade portuguesa: 10 anos da lei em números. Lisboa: Alto Comissariado para as Migrações; 2017. 112 p.
25. CIDOB. Barcelona Center for International Affairs. Migration Policy Group. Migrant Integration Policy Index: Portugal [Internet]. Brussels: CIDOB. Barcelona Center for International Affairs. Migration Policy Group. European Union.; 2017

[cited 2017 Jun 21]. Available from: <http://www.mipex.eu/portugal>

26. Afonso JC, Valadas R, Cintra S, Fitas MF, Saldida I. IIº Diagnóstico Social de Lisboa. Lisboa: Rede Social de Lisboa. Câmara Municipal de Lisboa; 2016.
27. Câmara Municipal de Lisboa. Plano municipal para a integração de imigrantes de Lisboa 2015-2017. Volume 2: diagnóstico da população imigrante residente em Lisboa. Lisboa: Câmara Municipal de Lisboa. Alto Comissariado para as Migrações; 2015.
28. Oliveira CR, Gomes N. Indicadores de integração de imigrantes: relatório estatístico anual [Internet]. Lisboa: Alto Comissariado para as Migrações; 2017. 180 p. Available from: http://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/383402/Relatório+Estatístico+Anual+2016_.pdf/f276bae0-d128-43b5-8558-cdb410249fd2
29. Portugal. Ministério dos Negócios Estrangeiros. Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. Estrangeiros Residentes em Lisboa/Lisboa. [Internet]. Lisboa: Serviço de Estrangeiros e Fronteiras; 2016 [cited 2018 Fev 24]. Available from: <http://sefstat.sef.pt/Lisboa.asp>
30. Malheiros JM, Vala F. Immigration and city change: the Lisbon metropolis at the turn of the twentieth century. *J Ethn Migr Stud*. 2004;30(6):1065–86.
31. Rego C, Mendes MF, Rebelo J, Magalhães G. Perfil dos imigrantes em Portugal: por países de origem e regiões de destino. Lisboa: Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Regional; 2009.
32. Rosa MJV, Seabra H, Santos T. Contributos dos “imigrantes” na demografia portuguesa: o papel das populações de nacionalidade estrangeira. Lisboa: Observatório da Imigração. Alto-Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas; 2003.
33. Fonseca ML, Esteves A, McGarrigle J, Silva S. Saúde e integração dos imigrantes em Portugal: uma perspectiva geográfica e política. *Rev Migrações* [Internet]. 2007;1(Temático Imigração e Saúde):27–52. Available from: <http://www.ceg.ul.pt/migrare/publ/migracoesart.pdf>
34. Baganha MI, Ferro J, Malheiros JM. Os imigrantes e o mercado de trabalho: o

caso português. *Análise Soc.* 1999;34(150):147–73.

35. Peixoto J. Imigração e mercado de trabalho em Portugal: investigação e tendências recentes. *Rev Migrações* [Internet]. 2008;2(Temático Imigração e Mercado de Trabalho):19–46. Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Imigrao+e+mercado+de+trabalho+em+Portugal+:+investiga+o+e+tendencias+recentes#0>
36. European Commission. Eurobarometer: discrimination in the EU in 2015. Brussels: European Commission; 2015. 4 p.
37. International Organization for Migration. Who is a migrant? [Internet]. Switzerland: International Organization for Migration; 2017 [cited 2017 Apr 19]. Available from: <http://www.iom.int/who-is-a-migrant>
38. Dias S, Gonçalves A. Migração e saúde. *Rev Migrações*. 2007;1(Temático: Imigração e Saúde):15–26.
39. Gushulak B, Weekers J, MacPherson D. Migrants and emerging public health issues in a globalized world: threats, risks and challenges, an evidence-based framework. *Emerg Health Threats J* [Internet]. 2010;2(10):12. Available from: <http://www.eht-forum.org/eh tj/journal/v2/full/eh tj09010a.html?fileId=eh tj09010a&page=recent>
40. Carballo M, Nerukar A. Migration, refugees, and health risks. *Emerg Infect Dis*. 2001;7(3 Suplemento):556–60.
41. Vang Z, Sigouin J, Flenon A, Gagnon A. The healthy immigrant effect in Canada: a systematic review. *Popul Chang Lifecourse Strateg Knowl Clust Discuss Pap Ser Réseau Strat connaissances Chang Popul Parcour vie Doc Trav* [Internet]. 2015;3(1):1–41. Available from: <http://ir.lib.uwo.ca/pclc/vol3/iss1/4>
42. McDonald JT, Kennedy S. Insights into the “healthy immigrant effect”: health status and health service use of immigrants to Canada. *Soc Sci Med*. 2004;59(8):1613–27.
43. Dhadda A, Greene G. “The Healthy Migrant Effect” for mental health in England: propensity-score matched analysis using the EMPIRIC survey. *J Immigr Minor*

Heal. 2017;1–19.

44. Gimeno-Feliu LA, Calderón-Larranaga A, Diaz E, Poblador-Plou B, Macipe-Costa R, Prados-Torres A. The healthy migrant effect in primary care. *Gac Sanit.* 2015;29(1):15–20.
45. Kennedy S, Kidd MP, McDonald JT, Biddle N. The Healthy Immigrant Effect: Patterns and Evidence from Four Countries. *J Int Migr Integr.* 2015;16:317–32.
46. Domnich A, Panatto D, Gasparini R, Amicizia D. The “healthy immigrant” effect: does it exist in Europe today? *Ital J Public Health.* 2012;9(3):1–7.
47. Constant AF, Garcia-Munoz T, Neuman S, Neuman T. A “healthy immigrant effect” or a “sick immigrant effect”? Selection and policies matter. *Eur J Heal Econ.* 2017;1–19.
48. Paper D, Un S, Sigouin J, Flenon A, Gagnon A. The Healthy Immigrant Effect in Canada : A Systematic Review. 2015;3(1).
49. Stípková M. Immigrant disadvantage or the healthy immigrant effect? Evidence about low birth weight differences in the Czech Republic. *Eur J Public Health.* 2016;26(4):662–6.
50. Osypuk TL, Alonso A, Bates LM. Understanding the Healthy Immigrant Effect and Cardiovascular Disease. 2015;1522–4.
51. Muennig P, Fahs MC. Health status and hospital utilization of recent immigrants to New York City. *Prev Med (Baltim)* [Internet]. 2002;35(3):225–31. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed5&NEWS=N&AN=2002353818>
52. Abraído-Lanza AF, Dohrenwend BP, Ng-Mak DS, Turner JB. The latino mortality paradox: A test of the “salmon bias” and healthy migrant hypotheses. *Am J Public Health.* 1999;89(10):1543–8.
53. McDonald JT, Farnworth M, Liu Z. Cancer and the healthy immigrant effect: a statistical analysis of cancer diagnosis using a linked Census-cancer registry administrative database. *BMC Public Health* [Internet]. 2017;17(1):296. Available from: <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-017->

54. Pordata. População estrangeira com estatuto legal de residente: total e por algumas nacionalidades: Portugal [Internet]. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos; 2018 [cited 2018 Feb 24]. Available from: <http://www.pordata.pt/Portugal/População+estrangeira+com+estatuto+legal+de+residente+total+e+por+algumas+nacionalidades-24>
55. ONU. Convenção internacional sobre a proteção dos direitos de todos os trabalhadores migrantes e dos membros das suas famílias: Perspectivas e paradoxos nacionais e internacionais em matéria de imigração. Assembleia Geral das Nações Unidas; 1990.
56. Batista VO, Parreira CG. Trabalho, imigração e o direito internacional dos direitos humanos. 2009.
57. Lei n.º 23/2007 DR. I Série. 127 (04.07.2007) 4296;4306.
58. Assembleia da República Portuguesa. Constituição da República Portuguesa [Internet]. Lisboa: Assembleia da República Portuguesa; 2005. Available from: <http://www.parlamento.pt/Legislacao/Documents/constpt2005.pdf>
59. Lei nº 48/90 DR. I Série. 195 (08.24.1990) 3456.
60. Barros P, Pereira I. Health care and health outcomes of migrants: evidence from Portugal. Res Pap Hum Dev Rep [Internet]. 2009;28:1–74. Available from: http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1595483 http://hdr.undp.org/es/informes/mundial/idh2009/trabajos/HDRP_2009_28_rev.pdf
61. Instituto Nacional de Estatística. Inquerito Nacional de Saúde 2014 [Internet]. Ine. 2016. 310 p. Available from: www.ine.pt
62. Larson C, Mercer A. Global health indicators: an overview. Can Med Assoc J. 2004;171(10):1199–200.
63. Thacker SB, Stroup DF, Carande-Kulis V, Marks JS, Roy K, Gerberding JL. Measuring the public's health. Public Health Rep. 2006;121(1):14–22.
64. World Health Organization. Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde. Ottawa, Canada; 1986.

65. Gushulak B. Healthier on arrival? Further insight into the "healthy immigrant effect. *Can Med Assoc J.* 2007;176(10):1439–40.
66. Dias P, Machado R, Oliveira A. Relatório de imigração, fronteiras e asilo 2015 [Internet]. Oeiras: Serviço de Estrangeiros e Fronteiras; 2016. 73 p. Available from: http://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa_2014.pdf
67. Wingate MS, Alexander GR. The healthy migrant theory: Variations in pregnancy outcomes among US-born migrants. *Soc Sci Med.* 2006;62(2):491–8.
68. Lu Y, Qin L. Healthy migrant and salmon bias hypotheses: A study of health and internal migration in China. *Soc Sci Med [Internet].* 2014;102:41–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.11.040>
69. Norredam M, Agyemang C, Hoejbjerg Hansen OK, Petersen JH, Byberg S, Krasnik A, et al. Duration of residence and disease occurrence among refugees and family reunited immigrants: test of the “healthy migrant effect” hypothesis. *Trop Med Int Heal.* 2014;19(8):958–67.
70. Newbold KB. Self-rated health within the Canadian immigrant population: Risk and the healthy immigrant effect. *Soc Sci Med.* 2005;60(6):1359–70.
71. Kwak K. An evaluation of the healthy immigrant effect with adolescents in Canada: Examinations of gender and length of residence. *Soc Sci Med [Internet].* 2016;157:87–95. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.03.017>
72. Takeuchi DT, Akgría M, Jackson JS, Williams DR. Immigration and mental health: Diverse findings in Asian, Black, and Latino populations. *Am J Public Health.* 2007;97(1):11–2.
73. Fennelly K. The “healthy migrant” effect. *Minn Med.* 2005;5(3):1–10.
74. Thomson EF, Nuru-jeter A, Richardson D, Raza F. The Hispanic Paradox and Older Adults ' Disabilities : Is There a Healthy Migrant Effect ? 2013;1786–814.

ANEXOS

Tabela de operacionalização dos objetivos, com respetivas variáveis e testes estatísticos

<u>Objetivos</u>	<u>Variáveis</u>	<u>Operacionalização</u>
1. Caracterizar a população imigrante proveniente de países fora da EU, em 2014, em Portugal Continental	Região Nuts I Sexo Grupo Etário País de Nascimento (fora da EU) Estado civil Nível de habilitações completado Condição perante o trabalho (autoclassificação) Situação na profissão Profissão principal (ISCO-08 1 dig) Número de pessoas que vivem no agregado familiar, incluindo o respondente Tipo de agregado Quintis do rendimento mensal líquido por adulto equivalente Subsistema de assistência na doença Tem seguro de saúde	Tabela de frequências Erro-padrão Valor mínimo e máximo
	Região NUTS II (1989) Sexo Grupo Etário	Tabelas de frequência Valor mínimo e máximo Erro-padrão

<p>2. Descrever a população imigrante proveniente de países fora da EU, em 2014, na região de Lisboa e Vale do Tejo, considerando a dimensão sociodemográfica, estado de saúde e utilização de serviços de saúde e compara-las com as da população portuguesa</p>	<p>País de Nascimento (fora da EU e PT) Autoapreciação do estado de saúde Sofre/sofreu de hipertensão arterial nos últimos 12 meses Sofre/sofreu de diabetes nos últimos 12 meses IMC Última consulta com médico de medicina geral e família Consulta com médico de medicina geral e familiar nas últimas 4 semanas (N.º) Condição perante o consumo de tabaco</p>	<p>Teste do Qui-quadrado (naturalidade portuguesa vs. naturalidade imigrante extra EU) Regressão logística (estado de saúde)</p>
<p>3. Comparar se as características da população imigrante proveniente de países fora da EU, em 2014, na região de Lisboa e Vale do Tejo, se se aproximam das características da população portuguesa com o aumento dos anos de residência dos imigrantes no país.</p>	<p>Região NUTS II (1989) Sexo Grupo Etário País de Nascimento (fora da EU e PT) Número de anos de residência em Portugal Autoapreciação do estado de saúde Sofre/sofreu de hipertensão arterial nos últimos 12 meses Sofre/sofreu de diabetes nos últimos 12 meses</p>	<p>Qui-quadrado (naturalidade portuguesa vs. Imigrante fora da EU a residir em Portugal por um período ≥ 10 e ≥ 20) Regressão Logística (estado de saúde)</p>

	<p>IMC ($\frac{Peso (Kg)}{Altura (cm)^2}$)</p> <p>Última consulta com médico de medicina geral e familiar</p> <p>Consulta com médico de medicina geral e familiar nas últimas 4 semanas (N.º)</p> <p>Condição perante o consumo de tabaco</p>	
--	--	--

Tabela com operacionalização das variáveis

	Nome	Tipo	Operacionalização	Recodificadas
Sociodemográficas	Região Nuts I	Nominal	1 = Continente 2 = RA Açores 3 = RA Madeira	
	Região NUTS II (1989)	Nominal	101 = "Norte"; 102 = "Centro"; 103 = "Lx V Tejo"; 104 = "Alentejo"; 105 = "Algarve"; 201 = "RA Açores"; 301 = "RA Madeira"	
	Sexo	Nominal	1 = "Homem" 2 = "Mulher"	
	Grupo Etário	Nominal	1=15-19 2=20-24 3=25-29 4=30-34 5=35-39 6=40-44 7=45-49 8=50-54 9=55-59 10=60-64 11=65-69 12=70-74 13=75-79 14=80-84 15=≥85	1=15-24 2=24-34 3=35-44 4=45-54 5=55-64 6=65-74 7=75-84 8=≥85
	País de Nascimento	Nominal	10 = Autóctone (PT) 21 = "Outro estado membro da UE" 22 = "Outro país fora da UE"	
	Estado Civil	Nominal	1="Solteiro"; 2="Casado";	

			3="Viúvo"; 4 = "Divorciado"	
	Número de anos de residência em Portugal	Númerica	Pode assumir qualquer valor entre 1 e 85	1=<5 2=≥5
	Nível de habilitações completado	Nominal	0 = "Pré-escolar (nenhum)"; 1 = "Básico 1º e 2º ciclo"; 2 = "Básico 3º ciclo"; 3 = "Secundário"; 4 = Pós-secundário 5 = "Superior	0=Pré-escolar (nenhum)"; 1 = "Básico 1º e 2º ciclo"; 2 = "Básico 3º ciclo"; 3 = "Secundário"; 4 = "Superior
	Condição perante o trabalho (autoclassificação)	Nominal	20 = "Desempregado"; 10 = "Tem um emprego ou trabalho (inc. trabalhador familiar não remunerado e em estágio profissional)" 31 = "Aluno, estudante, ou em estágio curricular" 32 = "Reformado, com reforma antecipada ou cessou a atividade" 33 = "Incapacitado permanente para o trabalho" 34 = "Presta serviço cívico ou comunitário (obrigatório)" 35 = "Ocupa-se de tarefas domésticas" 36 = "Outra situação de inatividade"	1 = "Desempregado"; 2 = "Tem um emprego ou trabalho (inc. trabalhador familiar não remunerado e em estágio profissional)" 3 = "Reformado, com reforma antecipada ou cessou a atividade" 4= "Outra situação"
	Situação na profissão	Nominal	10 = "Trabalhador por conta própria" 21 = "Trabalhador por	1 = "Trabalhador por conta própria"

			conta de outrem com contrato sem termo 22= "Trabalhador por conta de outrem com trabalho temporário ou a termo"	2 = "Trabalhador por conta de outrem"
	Profissão principal (ISCO-08 1 dig)	Nominal	00 = "Profissões das forças armadas" 01 = "Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos"; 02 = "Especialistas das atividades intelectuais e científicas"; 03 = "Técnicos e profissões de nível intermédio"; 04 = "Pessoal administrativo"; 05 = "Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores"; 06 = "Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta"; 07 = "Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices"; 08 = "Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da	

			montagem"; 09 = "Trabalhadores não qualificados"	
	Número de pessoas que vivem no agregado familiar, incluindo o respondente	Nominal	1="1" 2="2" 3="3" 4="4" 5=5 6=6 7=≥7	1="1" 2="2" 3="3" 4="4" 5 = ≥5
	Tipo de agregado	Nominal	10 = "Uma pessoa" 21 = "Pai/mãe com filho(s) menores de 25 anos"; 22 = "Casal sem filho(s) menores de 25 anos"; 23 = "Casal com filho(s) menores de 25 anos"; 24 = "Casal ou pai/mãe com filho(s) menores de 25 anos e outras pessoas"; 25 = "Outro tipo de agregado familiar"	
	Quintis do rendimento mensal líquida por adulto equivalente	Nominal	1 = "1º quintil"; 2 = "2º quintil"; 3 = "3º quintil"; 4 = "4º quintil"; 5 = "5º quintil"	
	Subsistema de assistência na doença	Nominal	1="ADSE"; 2="ADM"; 3="SAD/PSP"; 4="SAD/GNR"; 5="SAMS"; 6 = "Outro"	
	Tem seguro de saúde	Nominal	1="Sim"; 2 = "Não"	

Estado de Saúde	Autoapreciação da saúde	Nominal	1 = "Muito bom"; 2 = "Bom"; 3 = "Razoável"; 4 = "Mau"; 5 = "Muito mau"	
	Sofre/sofreu de hipertensão arterial nos últimos 12 meses	Nominal	1 = "Sim"; 2 = "Não"	
	Sofre/sofreu de diabetes nos últimos 12 meses	Nominal	1 = "Sim" 2 = "Não"	
	IMC	Numérica	]0-18,4[= "Abaixo do Peso"; [18,5-24,9] = "Peso Normal"; [25,0-29,9] = "Pré-obesidade"; [30,0-34,9] = "Obesidade Classe I"; [35,0-39,9] = "Obesidade Classe II"; >40 = "Obesidade Classe III"	Recodificada a partir das variáveis "Peso (kg)" e "Altura (cm)"
Comportamentos de risco	Condição perante o consumo de tabaco	Numérica	1= Fuma diariamente" 2= "Fuma ocasionalmente" 3= "Já fumou, mas atualmente não fuma" 4= "Não fuma"	1=Fuma 2=Já fumou, mas atualmente não fuma 3= Não fuma
Utilização dos Serviços	Última consulta com médico de	Nominal	1 = "Há menos de 12 meses"; 2 = "Há 12 meses ou	

	medicina geral e familiar		mais"; 3 = "Nunca"	
	Consulta com médico de medicina geral e familiar nas últimas 4 semanas (N.º)	Numérica	Assume qualquer valor entre 0 e 20.	0 = 0 1 = 1 2 = ≥2
	Estado de Saúde	Numérica	1= Pior estado de saúde 2= Melhor estado de saúde	Recodificada a partir da variável "autoapreciação do estado de saúde". 1=4,5 2=1,2,3